




3 1761 11970936 8





Digitized by the Internet Archive  
in 2023 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119709368>













28

# Towards zero consumption

Generic packaging  
of tobacco products



Standing Committee on Health  
The Hon. Roger Simmons, P.C., M.P.  
Chairman

June 1994







# **TOWARDS ZERO CONSUMPTION**

## **Generic packaging of tobacco products**

### **Report of the Standing Committee on Health**

**June 1994**



The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

AVM 2337

## HOUSE OF COMMONS

### Issue No. 11

Wednesday, May 25, 1994

Monday, May 30, 1994

Thursday, June 9, 1994

Tuesday, June 14, 1994

**Chair:** Roger Simmons

## CHAMBRE DES COMMUNES

### Fascicule n° 11

Le mercredi 25 mai 1994

Le lundi 30 mai 1994

Le jeudi 9 juin 1994

Le mardi 14 juin 1994

**Président:** Roger Simmons

---

*Minutes of Proceedings and Evidence  
of the Standing Committee on*

## Health

*Procès-verbaux et témoignages du  
Comité permanent de la*

## Santé

---

### RESPECTING:

Study on Plain Packaging of Tobacco  
Products

Future Business

### INCLUDING:

The First Report to the House

### CONCERNANT:

Étude sur la banalisation des  
produits du tabac

Travaux futurs

### Y COMPRIS:

Le premier rapport à la Chambre

---



First Session of the Thirty-fifth  
Parliament, 1994

Première session de la  
trente-cinquième législature, 1994

---



# *Standing Committee on Health*

**CHAIR:** The Hon. Roger Simmons

**VICE-CHAIRS:** Rey Pagtakhan  
Pauline Picard

## **MEMBERS**

**Margaret Bridgman**

**Pierre de Savoye**

**Hedy Fry**

**Keith Martin**

**Bernard Patry**

**Andy Scott**

**Paul Szabo**

**Rose-Marie Ur**

## **CLERK OF THE COMMITTEE:**

**Carmen DePape**

## **FROM THE RESEARCH BRANCH OF THE LIBRARY OF PARLIAMENT:**

**Tom Curran**

**Odette Madore**

**Nancy Miller Chénier**

# *Members of the Standing Committee on Health*



Rey Pagtakhan  
Vice-Chairman  
Liberal  
Winnipeg North (Manitoba)



Margaret Bridgman  
Reform  
Surrey North (B.C.)



Hedy Fry  
Liberal  
Vancouver Centre (B.C.)



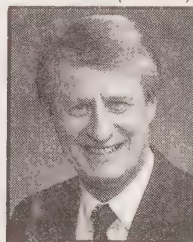
Andy Scott  
Liberal  
Fredericton—York—Sunbury (N.B.)



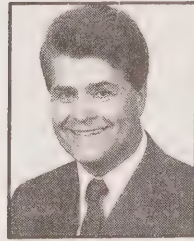
The Hon. Roger Simmons  
Chairman  
Liberal  
Burin—St. George's (Newfoundland)



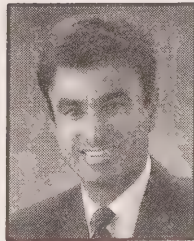
Pauline Picard  
Vice-Chair  
Bloc Québécois  
Drummond (Quebec)



Pierre de Savoye  
Bloc Québécois  
Portneuf (Quebec)



Bernard Patry  
Liberal  
Pierrefonds—Dollard (Quebec)



Keith Martin  
Reform  
Esquimalt—Juan de Fuca (B.C.)



Paul Szabo  
Liberal  
Mississauga South (Ontario)



Rose-Marie Ur  
Liberal  
Lambton—Middlesex (Ontario)





# *The Standing Committee on Health*

has the honour to present its

## **FIRST REPORT**

In accordance with Standing Order 108(2), the Committee has examined plain packaging of tobacco products. The *Terms of Reference* for the study are as follows:

1. To receive evidence and otherwise examine:
  - a) the effectiveness of plain packaging of tobacco products in reducing both tobacco consumption and smuggling;
  - b) the legal considerations related to plain packaging.
2. To report on the findings of the enquiry and to make recommendations to the federal government.





# *Table of Contents*

---

<b>TOWARDS ZERO CONSUMPTION GENERIC PACKAGING OF TOBACCO PRODUCTS .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>CONTEXT FOR THE COMMITTEE'S STUDY .....</b>	<b>2</b>
<b>DEFINITION OF PLAIN PACKAGING .....</b>	<b>6</b>
<b>EFFECTS OF PLAIN PACKAGING ON TOBACCO CONSUMPTION .....</b>	<b>9</b>
A. The Evidence Presented to the Committee .....	9
1. The Marlboro Study .....	9
2. The New Zealand Study .....	10
3. The Australian Study .....	11
4. The Canadian Study .....	11
B. Views on the Evidence: How Much is Needed? .....	12
C. Additional Studies .....	14
<b>POSSIBLE IMPACTS OF PLAIN PACKAGING ON CONTRABAND AND SMUGGLING OF TOBACCO PRODUCTS .....</b>	<b>15</b>
<b>LEGAL CONSIDERATIONS .....</b>	<b>18</b>
A. National Legislative Framework for Plain Packaging ...	18
B. Possible Legislative Infringements .....	19
C. International Trade Obligations .....	20
<b>ECONOMIC CONSIDERATIONS OF PLAIN PACKAGING .....</b>	<b>21</b>
A. Impact on the Tobacco Manufacturing Industry .....	21
B. Impact on Related Industries .....	23
1. Tobacco Growers .....	23
2. The Packaging Industry .....	24
3. The Wholesale Sector and the Retailing Industry ..	25
C. Health Care Costs Attributable to Tobacco Use .....	26



<b>CONCLUSION .....</b>	<b>28</b>
<b>RECOMMENDATIONS .....</b>	<b>29</b>
<b>APPENDIX A — LIST OF WITNESSES .....</b>	<b>31</b>
<b>APPENDIX B — SUBMISSIONS .....</b>	<b>37</b>
<b>REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE .....</b>	<b>45</b>
<b>APPENDIX C — DISSENTING OPINION — BLOC QUÉBÉCOIS .....</b>	<b>47</b>
<b>APPENDIX D — DISSENTING OPINION — KEITH MARTIN, M.P. (Reform Party of Canada) .....</b>	<b>61</b>
<b>MINUTES OF PROCEEDINGS .....</b>	<b>65</b>

## **TOWARDS ZERO CONSUMPTION GENERIC PACKAGING OF TOBACCO PRODUCTS**

The urgency of the public health disaster caused by tobacco use is acute. The time for action is now. The future health of a generation of youngsters hangs in the balance.

Canadian Cancer Society<sup>1</sup>

There is a clear statistical connection between tobacco consumption and a long list of health effects, including cancer.

Robert Parker, President

Canadian Tobacco Manufacturers' Council<sup>2</sup>

### **INTRODUCTION**

On February 8, 1994, Prime Minister Jean Chrétien made a statement in the House of Commons on the federal government's Action Plan on Smuggling of Tobacco Products. Part of that statement dealt with the issue of plain packaging: "We will also examine the feasibility of requiring plain packaging of cigarettes and will also ask the House of Commons Standing Committee on Health to make recommendations in this area."

On March 16, 1994, the Minister of Health, the Hon. Diane Marleau, wrote to the Chairman of the House of Commons Standing Committee on Health, the Hon. Roger Simmons, stating that it would be "appropriate and helpful" if the Standing Committee were to address the issue of plain packaging "as its first priority."

---

<sup>1</sup> Canadian Cancer Society, *Putting Health First: The Case for Plain Packaging of Tobacco Products*, A Submission to the House of Commons Standing Committee on Health, April 1994, p. 59.

<sup>2</sup> Robert Parker, President, Canadian Tobacco Manufacturers' Council, *Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on Health*, (hereafter *Proceedings*), First Session of the Thirty-fifth Parliament, 1994, Issue No. 10, May 12, 1994, p. 63.

Accordingly, the Standing Committee considered the issue and the request from the Prime Minister and the Minister of Health and commenced a study on the plain packaging of tobacco products.

## CONTEXT FOR THE COMMITTEE'S STUDY

Although the rate of tobacco smoking in Canada has been dropping for several decades, it remains much too high, and tobacco-related diseases will consequently continue to take an enormous toll on Canadian society. By 1990, for persons 15 years and older, the rate of smoking was 31% for men and 28% for women. This is down from the 1965 rate of 61% for men and 38% for women. The highest smoking rates were among 20- to 44-year-olds; the lowest among 15- to 19-year-olds and the over-65 age group. In addition to the decline in the number of persons smoking by 1990 (although the decline has levelled off somewhat), there has been an overall decrease in the number of cigarettes smoked per day, with more people smoking on average fewer cigarettes daily than in previous years.<sup>3</sup>

A major concern for this Committee, and for Canadian society, is youth and tobacco. Significant numbers of young Canadians start smoking each year, but there is some good news to report. Since 1965, smoking rates for 15- to 19-year-olds have dropped from 55% to 21% for males, and from 37% to 21% for females. Rates have also decreased significantly for 20- to 24-year-olds. The bad news is that the proportion of 15-year-olds who smoke (22% of males and 29% of females) is higher than for the 15- to 19 age group (21%). It is clear that improved programs and policies are required to deter young people from tobacco use.<sup>4</sup>

There is no longer any debate over the intrinsic harmfulness of tobacco and smoking, and in particular the smoking of cigarettes. The medical evidence is overwhelmingly persuasive. Smoking is the leading preventable cause of morbidity and premature mortality in Canada, as it is

---

<sup>3</sup> National Clearinghouse on Tobacco and Health with Health Canada, *Focus On: Canadians and Tobacco*, September 1993.

<sup>4</sup> *Ibid.*, *Focus On: Youth and Tobacco*.



in other developed countries. Tobacco-related illnesses are responsible for the deaths of at least 38,000 Canadians every year.<sup>5</sup> Recently, and for the first time in history, it was stated that more women will die from lung cancer this year than from breast cancer. Statistics released by Health Canada predict that in 1994, 5,600 women will die from lung cancer compared to 5,400 from breast cancer.<sup>6</sup>

The proposal to legislate a requirement in Canada that cigarettes and other tobacco products be in plain packages is being considered as part of the federal government's strategy to reduce the consumption of tobacco. The proposal has met with the enthusiastic approval of all health and anti-smoking groups that appeared before the Standing Committee on Health during our public hearings.

The primary target group for the plain packaging proposal is the youth of this country. The success of the tobacco industry is based to a substantial degree on nicotine addiction. Many witnesses who appeared before the Committee stated that unless a person takes up smoking before the age of 19, she or he is unlikely ever to take up smoking and to develop an addiction to nicotine. An addiction to nicotine is very likely to become a lifetime burden for an individual and, by extension, an eventual burden for Canadian society as the health effects of tobacco consumption become manifest.

The Committee has received testimony that most smokers take up smoking very early in life, that the average age for starting to smoke in Canada is 13 years old,<sup>7</sup> and that more than 75% of smokers start before they are 18.<sup>8</sup> The Committee heard testimony to the effect that tobacco

---

<sup>5</sup> Canadian Cancer Society, *Putting Health First: The Case for Plain Packaging of Tobacco Products*, A Submission to the House of Commons Standing Committee on Health, April 1994, p. 4.

<sup>6</sup> "Lung cancer to kill 5,600 women," *The Globe and Mail*, May 12, 1994, p. 1.

<sup>7</sup> Gallup Poll, *A Summary Report on Tobacco, Alcohol and Marijuana Use and Norms Among Young People in Canada: Year 4*, Health and Welfare Canada, Ottawa, 1986. (Cited by Physicians for a Smoke-Free Canada, May 5, 1994.)

<sup>8</sup> United States Department of Health and Human Services, *Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction*, Report of the United States Surgeon General, Rockville, MD, 1988. (Cited by Physicians for a Smoke-Free Canada, May 5, 1994.)

companies in this country deliberately target consumers under the age of 18.<sup>9</sup> The tobacco industry vigorously denies that assertion. Whatever the nature of the evidence on why people start smoking, however, logic dictates that new smokers must continually be recruited from among the teenage, and even younger, subsets of Canada's population, or the tobacco industry itself would have died out years ago along with its most dedicated customers. Tobacco companies are not ignorant of this reality.

It is also very clear that, whether by circumstance or design, children are routinely and multiply exposed to smoking every day, as well as to the trappings of tobacco consumption through the omnipresent displays of tobacco products and a variety of commercial symbols. Among the most prevalent and contentious commercial symbols of the tobacco industry are those that link their products with the sponsorship of such mass-appeal activities as championship tennis, golf, car racing, show-jumping, and cultural events such as music and women's fashions.

One of the purposes of the *Tobacco Products Control Act* (TPCA), which came into force in January 1989, was to protect young persons from inducements to use tobacco products and from the dependence that might result. The legislation banned all forms of tobacco advertising. Further, it required that all sporting and cultural sponsorship undertaken by the tobacco companies was to be under the name of the manufacturer of the product, not the brand name of the product itself. The tobacco companies responded by creating new limited corporations, named after the brands they manufactured, to sponsor sporting and cultural events. In the view of health and anti-smoking organizations, these sponsorships effectively circumvent the intent of the TPCA and its ban on tobacco brand advertising. The implementation of plain packaging for tobacco products could, in the view of these organizations, "very effectively break the link between (tobacco) brand names and sponsorship paving the way to a real advertising ban."<sup>10</sup>

The principal thrust of those witnesses who support the plain packaging proposal is that tobacco products are intrinsically different from all other consumer products currently sold on the market. A

---

<sup>9</sup> Richard W. Pollay, *As Anyone Can Plainly See: Brand Imagery in Cigarette Packaging and Promotion*, A submission to the Standing Committee on Health, May 3, 1994, p. 8.

<sup>10</sup> Physicians for a Smoke-Free Canada, *Breaking the Link—The Case for Plain Packaging of Tobacco Industry Products*, A Submission to the House of Commons Standing Committee on Health, May 5, 1994, p. 3.

frequently used phrase during the public hearings was, in effect, that tobacco is the only consumer product on the market that kills the user when used exactly in the manner intended by the manufacturer.

It is also generally agreed that if tobacco were not currently on the market in Canada, any proposal to introduce such a product to the Canadian public would be quickly and resolutely denied. However, the product is on the market, and millions of Canadians use it on a regular basis. Moreover, many of these consumers are addicted to smoking; more specifically, many—probably most—are addicted to the nicotine that is a natural constituent of tobacco.

The Committee believes that the addictiveness of nicotine is an important issue to consider in formulating its recommendations on plain packaging. While the President of the Canadian Tobacco Manufacturers' Council did not agree that nicotine was an addictive chemical, he did not deny that fact.<sup>11</sup> The federal government, however, has accepted that nicotine is addictive, and the new health warnings required for cigarette packages under the TPCA will state that fact.

Although, nicotine is very toxic as well as addictive, the major health problems associated with tobacco use derive from the various other chemicals and substances in tobacco—both when it is burned in the act of smoking, and when the product is used in other ways, for example in a number of “smokeless” formulations. Some of these constituent chemicals are known to cause cancer in humans; others, like carbon monoxide, have different toxic effects.

In light of this persuasive evidence that tobacco products are extremely hazardous to human health, the Committee believes it is appropriate to consider the plain packaging question in a different context from that associated with marketing other consumer products, such as candy bars, cosmetics and foods. Despite the industry's routine assertion that tobacco is a “legal product”, most would argue that this facile designation is based on history and tradition rather than on any rational legitimacy. The Committee firmly believes that tobacco is a unique product, one for which there is no safe level of consumption. Tobacco is also unique in the scale of mortality and morbidity associated with it.

---

<sup>11</sup> Robert Parker, President, Canadian Tobacco Manufacturers' Council, *Proceedings*, Issue No. 10, May 12, 1994, pp. 64-65.



The principal concern of this Committee is the health of the Canadian nation, including programs and policies of health promotion and protection. Clearly and simply stated, tobacco consumption is injurious to the health of the individual and of the nation as a whole. It follows, then, that any proposed governmental initiative or program that will reduce tobacco consumption, either by persuading smokers to abandon the habit or, most especially, by persuading young people not to commence smoking in the first place, is worthy of the most serious consideration.

This is the context in which this Committee's study of the plain packaging question is framed. We are not unaware of the contingent issues arising from such a radical change in the marketing environment for cigarettes and other tobacco products. Even a casual perusal of the list of witnesses who have appeared before us will bear out that contention. But the good health of Canadians is our principal concern, and the thrust of this report is directed toward that objective. The Committee believes that if plain packaging, in conjunction with other tobacco reduction measures, can decrease the commencement or continuation of smoking among youth or adults, it can be deemed a success. The overall aim is to move towards zero consumption.

## DEFINITION OF PLAIN PACKAGING

The intent of plain packaging of tobacco products, as it is generally understood, is to make the product unattractive and unappealing to consumers, without any of the eye-catching colour, design, or artwork typically associated with consumer product packaging and frequently reflected in advertising campaigns and related materials for consumer products. One proposal made to the Committee was that the *persuasive packaging* developed by the tobacco industry should now be replaced, through legislation, by *dissuasive packaging*.<sup>12</sup>

The assumption underlying the intent or purpose of plain packaging is that the carefully designed packages for tobacco products, and for cigarette packages in particular, promote tobacco consumption generally. The tobacco industry maintains that the tobacco product package and its

---

<sup>12</sup> Dr. Frederic Bass, British Columbia Medical Association, *Dissuasive Packaging*, May 3, 1994, p. 2.

associated promotions are intended only to compete for market share among existing brands, and are not intended to persuade people to smoke. Anti-smoking and health groups argue that the cigarette package is a powerful form of advertising for tobacco generally which, together with sports and cultural event sponsorships, creates an appealing and persuasive image for tobacco and smoking.

The precise definition of a “plain package” for tobacco products—also referred to as a “generic package”—has yet to be established. Mr. Kent Foster, Assistant Deputy Minister with the Health Protection Branch, Health Canada, provided the Committee with a basic definition: “Plain packaging is a packaging without any distinctive feature or use of trade mark. The cigarettes would be sold in packages that would be identical in appearance and of the same colour.”<sup>13</sup>

The Centre for Health Promotion of the University of Toronto provided an expanded definition: “Plain packages are light brown or white packages with black printing only. No colour, trademarks or unique print fonts are used. Plain packs include only the brand name (in standard font), risk warnings, and product contents information.”<sup>14</sup>

The Canadian Cancer Society (CCS) offered more specific details for plain packaging.<sup>15</sup> The CCS suggested that a “dull, unalluring colour” should be required; white is unacceptable because it suggests “purity and cleanliness.” Package sizes, materials, opening methods, colours, text placement, font and size of printing would be standardized, and specified by regulation. Each package would be required to bear a “duty-paid” marking, possibly on a cellophane tear-strip that would be part of the cellophane wrapping.

In the Society’s view, much of the package should be given over to prominent health warnings and lists of the toxic ingredients in tobacco. The CCS suggested that the brand name of the product, the only

---

<sup>13</sup> Kent R. Foster, Assistant Deputy Minister, Health Canada, *Notes for an Address* to the House of Commons Standing Committee on Health, April 12, 1994, p. 2.

<sup>14</sup> Centre for Health Promotion, University of Toronto, *Potential Impact of Plain Packaging of Tobacco Products on Youth Perceptions and Behaviour*, A Submission to the House of Commons Standing Committee on Health, April 22, 1994, p. 1.

<sup>15</sup> Canadian Cancer Society, *Putting Health First: The Case for Plain Packaging of Tobacco Products*, A Submission to the House of Commons Standing Committee on Health, April 1994, pp. 6-9.

distinguishing feature to be permitted on the package, should appear on one of the package's small ends. Having the brand name on the front, it is suggested, might detract from the health warnings.

No extraneous writing—for example, such phrases as “Finest Canadian Tobacco” or “Traditional Taste”—would be permitted on the package. Calendars printed on the package, a common feature with some brands, would also be prohibited. A minimum package size (which would preclude the marketing of so-called “kiddy packs”) would be required, and “inconvenient” package sizes would be seen as an asset. Package texture would be controlled, and embossing would be prohibited, except for required health warnings.

Some witnesses suggested that colour schemes might be adopted as part of the plain packaging proposal. Thus, it was noted that a colour scheme could be adopted that would indicate the amount of nicotine in particular brands of cigarettes. Similarly, a colour scheme could also be adopted to indicate classes of tar levels in tobacco products.

Clearly, however, any colour scheme should be in line with the view advanced by proponents of plain packaging that unattractiveness is a key element in the strategy. For example, the Canadian Council on Smoking and Health suggested that the plain package “would look more like a dispenser for prescription drugs than for candy.”<sup>16</sup>

No country or jurisdiction has yet introduced plain packaging legislation for tobacco products. Indeed, several witnesses stated that it is important for Canada to take the initiative because of this country's recognized leadership in anti-smoking policies and programs. The Committee recognizes the importance of combatting tobacco consumption, and cigarette smoking in particular, on an international level, but our principal concern at this time is the implementation of effective policies and programs to protect and hopefully improve the health status of Canadians.

Arriving at a precise and workable definition of plain or generic packaging is a complex challenge, and a number of important factors have to be considered. Some of these factors—notably the issue of

---

<sup>16</sup> Canadian Council on Smoking and Health, *Plain Packaging of Tobacco: An End to Misleading Advertising*, A Submission to the House of Commons Standing Committee on Health, May 3, 1994, p. 4.



counterfeiting and contraband, the economic impact of plain packaging on the tobacco industry, and the contentious questions of trademarks and the freedom of commercial expression—are discussed below. It is clear that the simple definition given by Health Canada, as cited above, provides only a general conceptual framework for extensive future discussion. The Committee has, however, been informed that the department is undertaking a comprehensive study, that, among other things, will determine the most appropriate design for generic packages.

## EFFECTS OF PLAIN PACKAGING ON TOBACCO CONSUMPTION

### A. *The Evidence Presented to the Committee*

Witnesses arguing both for and against plain packaging referred to four studies that provided evidence. Each study established a research situation in which individuals, adults or adolescents, smokers or non-smokers, were required to indicate their attitudes about plain packaging. In all the studies, subjects indicated that plain packaging made the product less attractive and appealing. The Committee believes that it is significant that no comparable study providing contrary evidence was submitted.

#### 1. The Marlboro Study

In this study, 1,546 regular Marlboro smokers were offered Marlboro cigarettes at half price in generic brown boxes.<sup>17</sup> The smokers, whose median age was 33, were told that the cigarettes were real Marlboros and were sealed in the same factory. However, only 21% of them were interested in buying the generic pack. The researcher concluded that smokers associate themselves (and the way they view themselves) with a particular cigarette brand as represented by the package. It was suggested that if the attractiveness of cigarette package were eliminated, the appeal and sales of cigarettes could be expected to decline.

---

<sup>17</sup> Jeffrey Trachtenberg, "Here's One Tough Cowboy," *Forbes*, February 9, 1987, pp. 108-110.

## 2. The New Zealand Study

The purpose of this study was to examine the relationship between the promotional impact of cigarette packaging and adolescent smoking behaviour. The survey used 80 focus groups and a questionnaire distributed among 568 adolescent high school students. It focused on behavioural aspects, that is, on the attitudes and opinions of subjects towards both brand packs and plain packs of cigarettes.

Interviews were centred on a display of cigarette packs that included New Zealand brand and plain packs, and United States brand and plain packs. Students attributed different user profiles to the various types of packs. While brand packs were associated with specific user stereotypes and lifestyles, plain packs reflected ambiguous images and did not project a distinct user profile.

According to the study authors, “students expressed consistent opinions that plain packs would inhibit smoking initiation among children.” Further, “plain packs were perceived to be dull and boring, and consequently would deter curiosity and interest among non-smoking children. Thus, students reasoned that smoking initiation would decrease as less attention is directed towards cigarettes as social symbols.”<sup>18</sup>

In addition, the New Zealand study attempted to measure the impact of health warning information relative to the surrounding stimuli on the packaging. The survey indicated that the students’ ability to recall health warnings improved significantly when plain packs were presented.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> P.C. Beede and R.W. Lawson, “Brand Image Attraction: The Promotional Impact of Cigarette Packaging,” Department of Marketing, University of Otago, New Zealand, n.d., p. 5.

<sup>19</sup> P.C. Beede, R.W. Lawson and M. Shepherd, “The Promotional Impact of Cigarette Packaging: A Study of Adolescent Responses to Cigarette Plain-Packs,” Department of Marketing, University of Otago, New Zealand, 1991, pp. 11-12.

### 3. The Australian Study

This study was outlined in a report prepared for Australia's Ministerial Council on Drug Strategy.<sup>20</sup> The subjects were 66 persons (31 males and 35 females) between 12 and 20 years of age. There were 32 smokers, 33 non-smokers and one recent quitter. The subjects were presented with four modified packs with health warnings, one with the usual brand logo, and three without any brand information other than name. The primary object was to assess adolescents' reactions to proposed cigarette packaging changes.

The three plain packs were considered to be particularly unattractive and to detract from the particular brand image. The results of the study suggested that plain packaging would be an important additional strategy to reduce the positive images associated with smoking.

### 4. The Canadian Study

The purpose of this study by the Centre for Health Promotion, University of Toronto, was to examine whether plain packaging could project less positive images of tobacco products than brand packages.<sup>21</sup> In the first phase of the study, 27 experts in the field of marketing and tobacco research were interviewed. The results of these interviews suggested, on the one hand, that package design has the greatest impact on contemplators, experimenters, and irregular smokers. On the other hand, the results also indicated that plain packaging would affect regular smokers less as addiction becomes the major factor sustaining smoking.

The second phase of the study was a pilot study involving 129 young people aged 12 to 17 years, the age group in which smoking onset is usually considered to occur. In this phase the individuals were asked to fill out a questionnaire on their smoking status, and to provide their perceptions and attitudes towards both current and plain packs of cigarettes.

---

<sup>20</sup> Centre for Behavioural Research in Cancer, *Health Warnings and Contents Labelling on Tobacco Products*, "Paper 13: Adolescents' Reactions to Cigarette Packs Modified to Increase Extent and Impact of Health Warnings," Paper prepared for the Ministerial Council on Drug Strategy, Tobacco Task Force, Australia, 1992, pp. 121-125.

<sup>21</sup> Centre for Health Promotion, University of Toronto, *Effects of Plain Packaging on the Image of Tobacco Products Among Youth*, Prepared for the Canadian Cancer Society, November 30, 1993.

The conclusions of this study were as follows: (1) plain packaging removes the imagery associated with brand cigarettes; (2) plain packaging eliminates the appeal of the package and the product for both young smokers and young non-smokers; (3) packaging has a greater influence on youth than on adults, and plain packaging would therefore have more impact on young people; (4) plain packaging would have more impact on youth contemplating smoking onset; (5) the image of the product contributes to the decision to smoke, but is not the most important factor; and (6) plain packaging is an important part of a comprehensive strategy to reduce smoking onset among youth, but is not sufficient on its own.

### ***B. Views on the Evidence: How Much is Needed?***

Witnesses were in agreement that these four studies did not directly measure the effectiveness of plain packaging in reducing tobacco consumption. In all cases, plain packaging was created specifically for research purposes, in order to assess attitudes toward it. Also, when plain packs were offered, brand packs were also available, a situation that would not exist if plain packaging were legislated in Canada.

Despite this agreement, the witnesses diverged on the question of whether the existing evidence could be used as an indicator of the potential effectiveness of plain packaging. Differing views about the evidence and about the effect of plain packaging on tobacco consumption emanated from two broad categories of witnesses.

Witnesses representing the tobacco industry argued that there was an absence of strong, decisive evidence that plain packaging would affect new smokers or the existing smoking population. They refuted the position that there was any link between the style or nature of a package and the smoking behaviour of adolescents or adults. Not only was the existing evidence insufficient to indicate any effect, they asserted, but the proposition itself was without validity.

Witnesses representing the health organizations argued that the available evidence indicated that plain packaging would lead to a decrease in consumption, and that it provided sufficient grounds for action by the government. They maintained that although the studies did not provide absolute certainty about plain packaging effectiveness, they did indicate that plain packaging was more likely than not to reduce consumption.



These divergent views of industry and health groups are represented in the following statements by the Canadian Tobacco Manufacturers' Council (CTMC) and the Canadian Medical Association (CMA). The Canadian Tobacco Manufacturers' Council stated: "There is not one iota of credible evidence to support the proposition that plain or colourful packaging plays any role in an individual's decision to smoke or to quit smoking."<sup>22</sup> The brief added that "the likelihood is that no objective research can ever 'prove' this entirely false hypothesis. Aside from the near impossibility of replicating the required market condition,...the research is likely to fail because the proposition has no validity in the first place."<sup>23</sup>

On the other hand, the Canadian Medical Association discussed the issue of "burden of proof," of "how much evidence is needed in order to act" on plain packaging. The CMA brief stated: "In the field of health, scientific evidence is gathered bit by bit, over time, until the weight of accumulated evidence allows a reasoned judgment as to when action in the form of disease prevention activities, diagnostic or treatment changes should occur. The level of proof needed to justify action is inversely related to the seriousness of the problem requiring action. One frequently acts with a lesser degree of proof when the problem is very serious."<sup>24</sup> The brief further asserted: "The precise effects of plain packaging of tobacco products can be determined only by doing it rather than by simply talking about it. CMA believes there is enough evidence to say that plain packaging should be an integral part of any comprehensive smoking eradication strategy."<sup>25</sup>

The Committee accepts the conclusion of the health organizations that the available evidence suggests that plain or generic packaging is a reasonable component of the evolving national strategy to reduce tobacco consumption.

---

<sup>22</sup> Canadian Tobacco Manufacturers' Council, *Plain Tobacco Packaging: A Brief to the House of Commons Standing Committee on Health*, May 12, 1994, p. 5.

<sup>23</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>24</sup> Canadian Medical Association, *Plain Packaging of Tobacco Products*, Presentation to the House of Commons Standing Committee on Health, May 3, 1994, p. 6.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 8.

### C. *Additional Studies*

During the enquiry, the Committee heard about additional studies related to plain packaging. These studies are either close to completion or in various stages of planning. They include an Australian study by the Ministerial Council on Drug Strategy; the third part of the study by Centre for Health Promotion, University of Toronto; and the proposed study by Health Canada.

Prior to completion of this report, the Committee received further information about the studies being planned by the Centre for Health Promotion, University of Toronto, and Health Canada, but unfortunately not, about the Australian study. The third part of the Centre for Health Promotion study, funded by the Robert Wood Johnson Foundation based in the United States, is currently being developed. This study will involve 70 Ontario classrooms as well as a sample from the University of Chicago. In addition, two of the proposed 20 focus groups will consist of adults, in an attempt to explore the impact of plain packaging on this segment of the population.<sup>26</sup> Health Canada's framework for its study on plain packaging states: "The purpose of this initiative is to evaluate the role of packaging as an inducement to purchase tobacco products, to develop a protocol for the evaluation of packaging and to design packaging for tobacco products that will make the product less attractive."<sup>27</sup> Completion of both studies is expected early in 1995.

The Committee acknowledges that additional evidence, acquired through carefully planned and executed research studies, will enhance the understanding of the link between packaging and tobacco consumption. The Committee notes with dismay that the tobacco industry presented numerous critical opinions about the existing studies but provided no indication that it has funded or is planning to fund any comparable research in this area.

---

<sup>26</sup> Josie d'Avernas, Partner, RBJ Health Management Associates on behalf of Centre for Health Promotion, University of Toronto, *Proceedings*, Issue No. 6, April 28, 1994, p. 36.

<sup>27</sup> Health Canada, "Packaging Study Framework," June 7, 1994, p. 2.

## POSSIBLE IMPACTS OF PLAIN PACKAGING ON CONTRABAND AND SMUGGLING OF TOBACCO PRODUCTS

In recent years, the smuggling of tobacco products posed a major law enforcement problem in Canada. Evidence presented to the Committee stated that by 1992, one in every six packages of cigarettes smoked in Canada was contraband; in the mid-1980s, the figure was one in 176 packages. This increase was ascribed to the very large price differential between Canadian cigarettes and those sold in the United States. The principal cause of the price difference was high federal and provincial tobacco taxes.<sup>28</sup> With the tax roll-back in February 1994, the problem of tobacco smuggling has declined greatly.

The Committee received conflicting testimony on the possible impact of plain packaging of tobacco products on smuggling tobacco, and particularly cigarettes, into Canada. Virtually all of the industry witnesses stated that tobacco product smuggling would increase if plain packaging were adopted in Canada; the health community witnesses suggested that plain packaging would reduce the incidence of smuggling. These directly contrasting opinions exist because the two groups are considering different aspects of the same issue.

There are at least three types of contraband tobacco products. The first is the smuggling of brands manufactured by legitimate tobacco companies in Canada and other countries, especially the United States. A major component of the recent epidemic of cigarette smuggling involved Canadian brand cigarettes legally exported to the United States, then illegally smuggled back into Canada with no duty paid.

A second type of contraband involves the so-called “copycat brands.” These are cigarette brands whose packaging and brand names mimic those of legitimate brands. Examples of copycat brands manufactured by organized crime groups include “Sailor’s Light fine cut

---

<sup>28</sup> Lindquist Avey Macdonald Baskerville, *Plain Packaging—Its Impact on the Contraband Tobacco Market*, p. 5, Document submitted by the Canadian Association of Chain Drug Stores, May 10, 1994.

tobacco” for “Player’s Light fine cut tobacco”, “Putter’s Light” for “Player’s Light”, and “DK’S” for “DuMaurier King Size.”<sup>29</sup> Numerous other contraband copycat brands have appeared on the Canadian market.

A third type of contraband is brand counterfeits. All major manufacturers have found imitations of their trademarks on the Canadian market. The counterfeiters have produced near-perfect copies of legitimate packages, including artwork and colours, trademarks, health warnings, and official Canadian government cellophane seals that carry the “duty-paid” marking. Some of the counterfeits are virtually indistinguishable from the legal product.<sup>30</sup>

The assertion that plain packaging will reduce smuggling is acceptable if one assumes that all brands legally sold in Canada will be in such packages, and if one further assumes that the available contraband brands will be in regular packaging. If this were the case, the contraband packs would be immediately recognizable. Plain packaging may also have some limited beneficial impact on the smuggling of copycat brands, if such brands continue to be part of the contraband trade.

The major concern voiced by witnesses from the business community—that plain packaging will bring about an increase in smuggling—is prompted by the suggestion that plain packages may be much easier and cheaper to counterfeit than the “high-tech” brand packages found on the market today. As already noted, even brand packages can be successfully counterfeited by criminals with access to sophisticated equipment and technologies. Cheap cigarettes could be manufactured in Canada and elsewhere, using substandard tobacco, and be sold in counterfeit plain packages. Also, established smuggling networks in both Canada and the United States could be revived very quickly to serve the illegal market.<sup>31</sup> The point was made that the tobacco used in counterfeit products might be even more harmful to consumers than the tobacco in legal brands, from the standpoint of tar and nicotine

---

<sup>29</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>30</sup> *Ibid.*, pp. 10-11.

<sup>31</sup> National Association of Tobacco and Confectionery Distributors, *Brief to the House of Commons Standing Committee on Health on Plain Packaging of Tobacco Products*, May 12, 1994, p. 8.



levels, additives, and pesticide residues.<sup>32</sup> However, no evidence was presented to show that different types and sources of tobacco are more or less harmful to human health.

Several witnesses suggested that adopting plain packaging in Canada could lead to increased smuggling of legal brands in regular packages from other countries, particularly the United States. The President of the Canadian Tobacco Manufacturers' Council made the following statement: "If smokers prefer branded packages as strongly as [the Committee has] been told, smokers will pay more than the legal price for them. Non-availability [of branded packages] would reignite smuggling and provide substantial illegal profits."<sup>33</sup>

The Committee has taken seriously the arguments of those witnesses who aver that plain packaging could result in an increase in smuggling and contraband tobacco products. The government must therefore consider the need to design generic packages that are as difficult and expensive to counterfeit as the legal packaging currently on the Canadian market. There is no reason why a suitable combination of colour scheme and package design could not be devised to make the plain package unattractive, while still making prominent the necessary health warnings and deterring the counterfeiting of cigarette packages. One suggestion was a coloured hologram image on the package, as currently used for currency and credit cards.

Not only would complicated and sophisticated generic packages prove to be a deterrent to counterfeiting, but it is feasible that such packages could make use of the advanced packaging technologies employed by the tobacco-packaging industry. This could protect jobs in that small but highly specialized sector of Canada's economy. The Committee realizes that these considerations, which attempt to encompass the diametrically opposed views of the industry and health groups, will pose a significant challenge for the federal government. Difficult choices may well have to be made; in such situations, however, the health of Canadians must receive first consideration.

---

<sup>32</sup> Albert Bouw, Chairman, Ontario Flue-Cured Tobacco Growers' Marketing Board, *Proceedings*, Issue No. 9, May 10, 1994, pp. 8, 10.

<sup>33</sup> Robert Parker, Canadian Tobacco Manufacturers' Council, *Proceedings*, Issue No. 10, May 12, 1994, p. 62.

## LEGAL CONSIDERATIONS

### A. *National Legislative Framework for Plain Packaging*

The witnesses who supported legislation to implement plain packaging envisioned two main legislative avenues. Some suggested amendments to the *Tobacco Products Control Act*, while others pointed to the *Hazardous Products Act*.

Amendments to the *Tobacco Products Control Act*, which has as one of its purposes the protection of young persons “from inducements to use tobacco products and consequent dependence on them,” received the fullest consideration by witnesses. Health groups reported that when tobacco advertising was banned, and sporting and cultural sponsorships were to be under the manufacturer’s name and not the product brand name, the tobacco industry responded by creating new limited “shell” corporations named after the brands. The health witnesses would like the TPCA to be amended to ban both tobacco sponsorship and brand packaging. The argument is that the package is a mini-billboard, and regular package exposures by smokers create 50-60 billion “advertisements” annually.

Tobacco industry witnesses also referred to the TPCA, either pointing out particular amendments required or arguing that the effectiveness of measures such as the new health warnings should be fully assessed before changing the legislation further. Canadian tobacco companies are currently contesting the *Tobacco Products Control Act*. The challenge, to be heard by the Supreme Court sometime in the next year, rests on two grounds: first, the constitutionality of the federal legislation in the area of public health, usually an arena of provincial concern; and second, the guarantee of freedom of expression under the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*.

Other witnesses argued that a legislative framework for plain packaging currently exists in the *Hazardous Products Act*. Witnesses noted that tobacco is a dangerous product, and that this legislation permits regulations to prescribe the form and manner in which information can be disclosed on a label and the manner in which a label can be applied to a controlled product or its container; and also to prescribe hazard symbols and the manner in which hazard symbols can be displayed on a controlled product or its container.

Industry witnesses argued that legislating plain packaging for tobacco sets a dangerous legal precedent. They maintained that tobacco is a legal product and that regulations to restrict it are inappropriate. In rebuttal, health organizations argued that if tobacco were a new product, it would not be allowed on the market. They also noted that no other legally available product is so hazardous when used exactly as the manufacturer intends.

### ***B. Possible Legislative Infringements***

A number of witnesses raised the possibility that plain packaging would infringe on other existing national legislation. In particular, the *Trade-Marks Act* and the *Competition Act* were singled out for attention.

Many tobacco industry witnesses argued that plain packaging would be an infringement on the manufacturer's rights under the *Trade-Marks Act* amounting to seizure of trademarks and interference with the freedom to conduct legal commerce. Others argued that plain packaging is not about taking away trademark rights from manufacturers, but about the consumer's right to be adequately informed about tobacco use risks, and the government's responsibility to ensure that manufacturers provide such information in a clear and unequivocal format. It was further asserted that governments have prohibited many products and activities without paying compensation to the manufacturers. Witnesses cited examples such as banning vending machines under the *Tobacco Sales to Young Persons Act*, and prohibiting everything from lawn darts to asbestos under the *Hazardous Products Act*.

According to some industry witnesses, limiting the ability of tobacco manufacturers to compete for brand share among Canadian smokers could be contrary to the principles of the *Competition Act*. In addition, plain packaging could provide a competitive advantage to foreign manufacturers, whose advertising is exempt from the TPCA. The Canadian Cancer Society argued that the Canadian tobacco industry does

not currently operate in perfect competition, but in an oligopoly market (with Imperial Tobacco dominating at 67% of the domestic share for cigarettes in 1993).<sup>34</sup>

### C. *International Trade Obligations*

The Committee received varied and sometimes contradictory opinions on the implications of plain packaging of tobacco products in relation to international accords. Canada is a party to several international trade agreements, including the General Agreement on Tariffs and Trade (GATT), the Free Trade Agreement (FTA), and the North American Free Trade Agreement (NAFTA). GATT contains two agreements deemed relevant to the plain packaging issue: one on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) and the other on Technical Barriers to Trade. Under TRIPS, intellectual property and trademarks must be protected, while under the other agreement, technical regulations creating unnecessary obstacles to trade are prohibited. NAFTA's provisions on intellectual property—notably copyright and trademarks—and on investments are deemed relevant to plain packaging.

Witnesses representing the tobacco industry, along with some trademark specialists, argued that plain packaging would contravene these GATT and NAFTA provisions. Trade consultants representing the R.J. Reynolds Tobacco Co. and Philip Morris International Inc. emphasized that Canada has “an unquestioned right to regulate the product,” but that plain packaging could be seen as “an impairment of trademarks” under international agreements.<sup>35</sup> This could lead to actions by Canada's major trading partners on behalf of affected domestic manufacturers in their countries and their domestic shareholders in Canadian companies. The Canadian government could therefore face large compensation costs.

Health organizations responded with statements based on opposite legal opinions, affirming that plain packaging could be deemed necessary to meet public health objectives. The Prime Minister, the Minister of

---

<sup>34</sup> Canadian Cancer Society, *Responses to Arguments Against Plain Packaging of Tobacco Products*, A Submission to the House of Commons Standing Committee on Health, May 24, 1994, p. 19.

<sup>35</sup> Julius Katz, R.J. Reynolds Tobacco Co. and Philip Morris International Inc., *Proceedings*, Issue No. 9, May 10, 1994, p. 48.



Health and the Minister for International Trade quickly lined up to argue for Canada's right to protect its national health. Apparently, any action on plain packaging is open for international arbitration, which could lead to a resolution in one direction or the other.

The Committee believes that prudence should be exercised in the development of plain or generic packaging regulations for tobacco products. First, such regulations must comply with the provisions of the Constitution and Charter, and second, special attention must be paid to Canada's international obligations.

## ECONOMIC CONSIDERATIONS OF PLAIN PACKAGING

The Committee received conflicting evidence on the possible economic impacts of plain packaging. Representatives of the tobacco manufacturing industry and related industries stated that the generic packaging proposal would greatly affect their industry, but health groups suggested that it would not have serious or long-lasting negative economic effects, and that tobacco-related health care costs deserve primary consideration.

### A. *Impact on the Tobacco Manufacturing Industry*

According to the Canadian Tobacco Manufacturers' Council (CTMC), plain packaging would significantly affect the level of economic activity of the tobacco manufacturing industry in Canada. The Council explained that negative economic effects would not result from a reduction in tobacco consumption—they do not believe that plain packaging would achieve such a goal—but would rather stem directly from increased competition from both imports and illegal producers.<sup>36</sup>

A report commissioned by the CTMC and tabled with the Committee<sup>37</sup> indicated that plain packaging would affect the industry's sales, which amounted to \$1.6 billion in 1991, as well as wages and salaries totalling some \$235 million to more than 4,300 direct employees. Loss of sales, loss of production and loss of jobs would occur, not only in

---

<sup>36</sup> Canadian Tobacco Manufacturers' Council, *Plain Tobacco Packaging: A Brief to the House of Commons Standing Committee on Health*, May 12, 1994, p. 23.

<sup>37</sup> Robert Neil Morrison, *Economic and Competitive Aspects of Plain Packaging*, Brief to the House of Commons Standing Committee on Health, May 12, 1994.

the tobacco manufacturing industry, but also in the industry's suppliers, including tobacco growers, the printing and packaging industries, distributors and retailers. It is estimated that the tobacco industry as a whole employed, directly and indirectly, 50,500 person-years in 1992.<sup>38</sup> The report also suggested that plain packaging would reduce related tax revenues for governments, which in 1993 amounted to \$6 billion for both federal and provincial governments.<sup>39</sup> Finally, the Council contended that plain packaging would impose additional costs on the tobacco industry; currently, the industry is spending \$30 million to comply with new labelling and packaging requirements under the *Tobacco Products Control Act*.<sup>40</sup>

The Committee believes, however, that if the design of the plain pack is sophisticated enough to deter counterfeiting and smuggling, the negative impact on the tobacco manufacturing industry could be limited significantly.

Another report tabled with the Committee offered a different viewpoint on the impact of policies on the tobacco industry aimed at reducing tobacco consumption.<sup>41</sup> This report, prepared by Professor Robert C. Allen, indicated that even if tobacco production were entirely eliminated, there would still be no dramatic impact on the Canadian economy. Noting that the tobacco industry is relatively small in the overall manufacturing sector, it was estimated that if all workers in the tobacco manufacturing and growing sectors lost their jobs, the rate of unemployment would increase by less than one-tenth of one percent. In addition, the report stressed that even the most drastic anti-tobacco policy would not eliminate all employment in the sector. Professor Allen explained that job losses would be gradual because, as a result of their addiction, not all smokers would quit smoking immediately. According to the report, employment losses in the tobacco industry would eventually be counteracted by the creation of new jobs in other economic

---

<sup>38</sup> Ontario Flue-Cured Tobacco Growers' Marketing Board, *Proceedings*, Issue No. 9, May 10, 1994, p. 7.

<sup>39</sup> *Ibid.*, p. 22.

<sup>40</sup> Canadian Tobacco Manufacturers' Council, *Plain Tobacco Packaging: A Brief to the House of Commons Standing Committee on Health*, May 12, 1994, p. 6.

<sup>41</sup> Robert C. Allen, *The False Dilemma—The Impact of Tobacco Control Policies on Employment in Canada*, February 1993, Document submitted by the Non-Smokers' Rights Association, April 14, 1994.

sectors, as former smokers redirected their purchasing power from tobacco to other products, thereby stimulating job creation in other industries.

Finally, the Canadian Cancer Society suggested that plain packaging would not increase costs to tobacco manufacturers but would actually reduce them, as the industry would spend less on package design, market research, sponsorships and other promotions.<sup>42</sup>

## ***B. Impact on Related Industries***

### **1. Tobacco Growers**

Canadian tobacco producers, whose production generated \$330 million of sales and employed between 15,000 and 20,000 seasonal workers in 1993,<sup>43</sup> also expressed concerns over plain packaging. Their view was similar to that of tobacco manufacturers. They believed that plain packaging would be unlikely to reduce tobacco consumption, but that it would bring competition from foreign-source and smuggled products which in turn would leave tobacco manufacturers with price as the only factor in competing for market share. The Ontario Flue-Cured Tobacco Growers' Marketing Board stated that, as a result of such price competition: "We are fearful that manufacturers, in order to produce a competitive, price-conscious product, may consider moving their manufacturing facilities outside Canada."<sup>44</sup>

Both Ontario and Quebec tobacco growers' representatives expressed concerns that if tobacco manufacturers moved their facilities outside Canada, they would use less expensive flue-cured tobaccos from other parts of the world. It was alleged that this might force some growers to go out of business, resulting in job losses that could seriously affect local communities.

Professor Allen's report indicated that, although production by tobacco growers fell in Ontario from 1971 to 1991, not all tobacco growers went out of business; some of them retired and some sold their

---

<sup>42</sup> Canadian Cancer Society, *Responses to Arguments Against Plain Packaging of Tobacco Products*, May 24, 1994, p. 10.

<sup>43</sup> Ontario Flue-Cured Tobacco Growers' Marketing Board, *Proceedings*, Issue No. 9, May 10, 1994, p. 7.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 6.

holdings to other growers. He suggested that if tobacco use declined, permanent and seasonal jobs could be lost, but tobacco growers could either increase their exports to make up for the loss in domestic sales, or could shift to other crops. The report stressed, however, that farms growing tobacco would generate lower revenues if they shifted to alternative crops.<sup>45</sup>

It should be noted that Agriculture and Agri-food Canada, in collaboration with provincial governments, provides assistance to tobacco growers leaving the industry through the Tobacco Diversification Plan.<sup>46</sup>

## **2. The Packaging Industry**

All representatives of the packaging industry who provided a written brief or testified before the Committee contended that plain packaging would lead to economic hardship. They explained that the packaging process for tobacco products uses specialized equipment and highly skilled workers, and is almost exclusive to the tobacco industry. Shorewood Packaging Inc. stated that 65% of its total production is directly attributable to the tobacco industry,<sup>47</sup> while another company, FPC Flexible Packaging, indicated that tobacco packaging accounts for almost one-third of its annual sales.<sup>48</sup> During the hearings, the Committee was told that packaging companies would move their facilities out of Canada because of limited alternatives for their specialized equipment and highly skilled workers.

In addition, the Packaging Association of Canada told the Committee that plain packaging could result in the loss of 1,200 direct jobs, and even more through the multiplier effect.<sup>49</sup> Wilco Group Ltd. indicated that those highly skilled workers may also consider moving to

---

<sup>45</sup> Robert C. Allen, *The False Dilemma—The Impact of Tobacco Control Policies on Employment in Canada*, February 1993, pp. 16-19 and 22.

<sup>46</sup> Agriculture and Agri-food Canada, *1994-95 Estimates, Part III—Expenditure Plan*, pp. 96-97.

<sup>47</sup> Shorewood Packaging Inc., *Proceedings*, Issue No. 3, April 19, 1994, p. 6.

<sup>48</sup> FPC Flexible Packaging Corporation, *Submission to the Members of the Standing Committee on Health*, April 25, 1994, p. 1.

<sup>49</sup> Packaging Association of Canada, *Brief to the House of Commons Standing Committee on Health on the Implications of Legislation on Plain Packaging of Tobacco Products*, May 3, 1994, p. 14.



other countries, namely the United States, where their specific qualifications are in demand.<sup>50</sup> According to some witnesses, those regions where the industry is located would be affected.

As stated previously, a sophisticated plain or generic pack designed to prevent counterfeiting and smuggling could also help maintain the current level of employment in the packaging industry. The Canadian Cancer Society shared this view and suggested the following multicoloured options: "A multicolour printing process could still be used under plain packaging, for example: basic brown background, black printing, the warning could have a yellow background with a yellow red marker word such as 'attention' or 'danger'. Health related photographs could be used, for example, a pair of lungs.(...) The inside sliding portion of the package, which is currently blank, could contain detailed health information, in both official languages. It could also carry a listing of the levels of the dozens of carcinogenic or toxic constituents found in tobacco smoke.(...) A "QUIT" telephone line could be printed, as has recently been adopted in Australia."<sup>51</sup>

### 3. The Wholesale Sector and the Retailing Industry

The Committee also received evidence from many wholesalers and retailers who argued that plain packaging would have a negative impact on their industries. Their major argument was well summarized by the Canadian Federation of Independent Grocers: that brand identification is "crucial to efficiently identify the desired brand."<sup>52</sup> The Committee was told that plain packaging would create brand confusion when ordering, handling, shipping and selling tobacco products. The increased difficulty in correctly identifying products would create loss of time and productivity, increase the risk of errors, lead to consumer complaints, impose additional operating costs on their member businesses, and affect their revenues.

---

<sup>50</sup> Wilco Group Ltd., *Brief for Presentation to the Government of Canada House of Commons—Standing Committee on Health*, April 1994, p. 2.

<sup>51</sup> Canadian Cancer Society, *Responses to Arguments Against Plain Packaging of Tobacco Products*, May 24, 1994, p. 7.

<sup>52</sup> Canadian Federation of Independent Grocers, *Submission to the Standing Committee on Health—Investigation into Plain Packaging of Tobacco Products*, April 1994, p. 3.

Representatives of the retailing industry contended that plain packaging would decrease their revenues in at least three ways. First, they explained that plain packaging would eliminate display allowances currently paid by tobacco manufacturers. Second, they argued that they would lose their market share as a result of the availability of counterfeit tobacco products. Third, they contended that counterfeit packages, which would lead to price reductions, would affect retailers' profit margins. Overall, the retailing industry feared that they would eventually have to reduce staff or increase the price of other products, making them less competitive in the marketplace.

The Canadian Cancer Society suggested two options to address the difficulty that distributors and retailers might have in properly identifying brands. First, "under plain packaging, boxes containing tobacco products and distributed by wholesalers could still carry trademarks and brand colours. Boxes stored in a retailer's back room could also feature brand colours and trademarks. The only stipulation would be that these boxes not be exhibited at retail."<sup>53</sup> Second, "some retailers have suggested that if all brands looked the same, it would become very difficult to serve customers. This could easily be addressed; for example, by stacking the brands on the shelves in alphabetical order."<sup>54</sup>

### *C. Health Care Costs Attributable to Tobacco Use*

While health groups acknowledged that some jobs would be lost in the tobacco industry, they also pointed to tobacco-related diseases and deaths and argued that the importance of job losses in tobacco manufacturing and related industries must be balanced against the long-term savings to the health care system due to a reduction in smoking-related diseases and premature loss of life.

The Canadian Medical Association reiterated that smoking accounts for almost 40,000 deaths in Canada every year.<sup>55</sup> As

---

<sup>53</sup> Canadian Cancer Society, *Responses to Arguments Against Plain Packaging of Tobacco Products*, May 24, 1994, p. 12.

<sup>54</sup> *Ibid.*

<sup>55</sup> Canadian Medical Association, *Plain Packaging of Tobacco Products*, Presentation to the House of Commons Standing Committee on Health, May 3, 1994, p. 1.

acknowledged by members of the Committee during the hearings, this represents some 110 deaths every day in Canada, or 20% of all deaths. Computed differently, one could say that every 10 days smoking kills some 1,200 Canadians, which is exactly the number of workers whose jobs are often said to be at stake if plain packaging is legislated. Further, the Association stressed the importance of health care costs attributable to smoking: "The cost implications of tobacco addiction to the nation are staggering. More than 100,000 new cases of cancer are reported annually in Canada; a third of these are caused by smoking. Each of these new cancer patients requires diagnostic and treatment services, creating an ever-accelerating burden of ill-health on Canadians and stretching overtaxed health facilities to the limit."<sup>56</sup>

Indeed, Health Canada, in its background document prepared for the Committee, estimated that total health care costs attributable to tobacco use reached approximately \$3 billion in 1989.<sup>57</sup> In view of the fact that Canada has a publicly funded health care system, these costs are borne by society as a whole.

The Hon. Ron Stewart, Nova Scotia Minister of Health, stressed the importance of addressing the issue not only in terms of short-term costs and benefits, but particularly with respect to the future of our society—that is, our youth: "My government believes that when something so blatantly affects the health of our population, in particular the portion of the population that represents all the best in our future, we cannot sit idly by and wait for the inevitable.(...) The 12 or 13-year old who is addicted to tobacco has no freedom and indeed has a future that is cloudy at best."<sup>58</sup>

The Committee acknowledges that there is a need to balance the value of health versus jobs. On the one hand, there is no doubt that smoking is harmful; smoking is responsible for too much death, disease and pain. And smoking is simply too costly for Canadian society to endure without protest. On the other hand, the Committee understands workers' fear of losing their jobs and recognizes that plain packaging

---

<sup>56</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>57</sup> Health Canada, *Background Information on Tobacco and Plain Packaging*, April 8, 1994, Section 1.

<sup>58</sup> The Hon. Ron Stewart, Nova Scotia Minister of Health, *Proceedings*, Issue No. 10, May 12, 1994, p. 16.

may have some effect on employment in the entire tobacco industry. The Committee believes that jobs are an important and appropriate issue for consideration, because both employment and income are determinants of an individual's health status.

The Committee believes that it could be possible to reduce tobacco consumption through plain packaging while maintaining the level of employment in the tobacco industry. Plain packaging should therefore be designed in such a way as to limit the negative impacts on employment. However, the Committee also notes that both employers and workers in the industry must realize that tobacco consumption is likely to continue to decline; consequently, the industry will inevitably have to adjust to this trend.

Finally, the long-term health status of the Canadian population is the most important issue for this Committee. As a result, it is essential to ensure a healthy life for Canada's youth, who represent the most important asset for our collective future. It is incumbent on governments to do everything possible to effect a reduction in tobacco consumption in this country.

## CONCLUSION

The Committee reached several conclusions during this study of plain packaging. First, it concluded that plain or generic packaging is a reasonable component of the evolving national strategy to reduce tobacco consumption. Second, it recognized that plain packaging can be designed to minimize contraband tobacco products. Third, while acknowledging the necessary balance between the value of health and the impact of job losses, the Committee felt that plain packaging can be designed to reduce any negative employment impact. Fourth, on the legal considerations, it urged caution in the development of plain packaging regulations. But, finally, this Committee has concluded that the health of Canadians is the most vital criterion for its deliberations.



## RECOMMENDATIONS

In the interest of the health of Canadians, as suggested by the evidence available to the Committee to date and in the absence of evidence to the contrary, the Committee affirms that plain or generic packaging could be a reasonable step in the overall strategy to reduce tobacco consumption.

The Committee, therefore, recommends:

1. That the federal government establish the legislative framework required to proceed with plain or generic packaging of tobacco products;
2. That the legislation be introduced when Health Canada concludes its current study on the effects of plain packaging on tobacco consumption, if the results of that study support the available evidence that such packaging will reduce consumption;
3. That the federal government require that plain or generic packages be produced in a manner that minimizes the possibility of contraband products, and that the design incorporate printing and packaging technologies that will make duplication as difficult as possible.



# Appendix A

## List of witnesses

Associations and Individuals	Issue	Date
<b>Alberta Action on Smoking and Health</b> Roger Hodgkinson, Chairman; Les Hagen, Executive Director.	10	May 12, 1994
<b>Bakery, Confectionery and Tobacco Workers International Union</b> Daniel Rondou, International Representative; Sean Kelly, International Representative.	6	April 28, 1994
<b>B.C. Medical Association</b> Frederick Bass, Chairman, Tobacco and Illness Committee.	7	May 3, 1994
<b>Canadian Association of Chain Drug Stores</b> Sherry Porter, Executive Director, Ontario Chain Drug Association; Mario Passamai, Senior Investigator, Linguist Avey MacDonald Baskerville; Rod Stamler, Corporate Investigator, Linguist Avey MacDonald Baskerville.	9	May 10, 1994
<b>Canadian Cancer Society</b> Gary Semenchuk, Chair, National Public Issues Committee; Ken Kyle, Director of Public Issues; Don Iverson, Director, Center of Behavioral Research and Program Evaluation, National Cancer Institute of Canada; Lyne Deschênes, Research Assistant; Rob Cunningham, Consultant.	2	April 14, 1994
<b>Canadian Council of Grocery Distributors</b> Darrell M. Rushton, President, Wholesale Operations; Michel Nadeau, Vice-President, Public Affairs and Member Services; Michel Fafard, Director, Retail and Cash and Carry Operations; <i>Hudon et Deaudelin Ltée.</i>	8	May 5, 1994

<b>Associations and Individuals</b>	<b>Issue</b>	<b>Date</b>
<b>Canadian Council on Smoking and Health</b> David H. Hill, Q.C., President; Anne-Marie Comtois, Executive Assistant; Heather Selin, Manager, Public Affairs and Communications.	7	May 3, 1994
<b>Canadian Lung Association</b> Peter MacLeod, National President; Steven Woodward, Action on Smoking and Health, United Kingdom; Ron Jette, Director of Communications.	9	May 10, 1994
<b>Canadian Medical Association</b> Richard J. Kennedy, President; Carole Guzman; Associate Secretary General.	7	May 3, 1994
<b>Canadian Oncology Society</b> Michael Goodyear, Spokesperson on Tobacco and Health.	8	May 5, 1994
<b>Canadian Tobacco Manufacturers Council</b> Robert Parker, President; Robert Morrison, Professor of Management, Faculty of Management, McGill University; Duncan McKie, Vice-President, Decima Research; Paul M. Jacobson, Jacobson Consulting Inc.; Zalman Amit, Centre for Studies in Behaviour Neurobiology, Concordia University.	10	May 12, 1994
<b>Centre for Health Promotion</b> Josie d'Avernas, Partner, RBJ Health Management Associates.	6	April 28, 1994
<b>Culbert, Harold,</b> Member of Parliament.	10	May 12, 1994



Associations and Individuals	Issue	Date
<b>F.P. Labour Consultant Services</b> Gary Majesky, Executive Vice-President; David Fletcher, President, Graphic Communications Union N-1; George Novak, Secretary-Treasurer, Graphic Communications Union N-1; Norman Smith, President, Local 7635, Graphic Communications Union, Smiths Falls.	7	May 3, 1994
<b>Government of Nova Scotia</b> Hon. Ron Stewart, Minister of Health.	10	May 12, 1994
<b>Health Canada</b> Kent Foster, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; Carole Lacombe, Director, Product Safety, Health Protection Branch; Murray Kaiserman, Acting Head, Tobacco Section, Bureau of Chemical Hazards Health Protection Branch.	1	April 12, 1994
<b>Justice Department</b> Anne-Marie Trahan, Associate Deputy Minister, Civil Law; Claude Joyal, Senior Counsel, Montreal Regional Office.	3	April 19, 1994
<b>Kromacorp</b> Hamish Somerville, President and owner; Steve Abbott, Senior Vice-President, Sales and Marketing; Laurie Saywell, Vice-President, Manufacturing.	8	May 5, 1994
<b>Lawson Mardon Packaging</b> Marcel Pilon, Senior Vice-President; David Stacey, Business Unit Director; Richard Pileski, Vice-President, Planning and Business; Ron Syrkos, General Manager, Lawson Mardon Montreal.	8	May 5, 1994
<b>Legislative Assembly of Ontario</b> Larry O'Connor, M.P.P., Parliamentary Secretary to the Health Minister.	9	May 10, 1994

<b>Associations and Individuals</b>	<b>Issue</b>	<b>Date</b>
<b>Legislative Assembly of Ontario</b> Leo Jordan, M.P.P.; Robert Runciman, M.P.P.	10	May 12, 1994
<b>National Association of Tobacco and Confectionery Distributors</b> Luc Dumulong, Executive Vice-President; Richard Guindon, Director, A.C. Limoges Inc.; Mark Tobenstein, President and owner, Regitan Co. Ltd., and President of the N.A.T.C.D.	10	May 12, 1994
<b>Non-Smokers' Rights Association</b> Garfield Mahood, Executive Director; Luc Martial, Political Analyst; David Sweanor, Senior Legal Counsel.	2	April 14, 1994
<b>Ontario Campaign for Action on Tobacco</b> Michael Perley, Director; Martin J. Rothstein, President and Chief Executive Officer, MacLaren Lintas (Toronto); Richard Swan, Associate Counsel; Robert Cosman, Senior Counsel; Fasken, Campbell, Godfrey.	6	April 28, 1994
<b>Ontario Convenience Stores Association</b> Russell Egerdie, Executive Director; Arnold Kimmel, Director.	8	May 5, 1994
<b>Ontario Flue-Cured Tobacco Growers' Marketing Board</b> Albert Bouw, Chairman; George Gilvesy, Vice-Chairman.	9	May 10, 1994
<b>Ontario Ministry of Health</b> Brenda Mitchell, Manager, Tobacco Strategy Unit, Health Promotion Branch.	9	May 10, 1994
<b>Packaging Association of Canada</b> Alan Robinson, President; Steven Coulson, Chairman; Lawrence Dworkin, Consultant, Government Affairs.	7	May 3, 1994

Associations and Individuals	Issue	Date
<b>Patent and Trademark Institute of Canada</b> Robert Gould, Secretary; Christopher Brett, Member of the Trademark Legislation Committee.	10	May 12, 1994
<b>Physicians for a Smoke-Free Canada</b> Andrew Pipe, Director; Catherine A. Rudick, Executive Director.	8	May 5, 1994
<b>Quebec Council on Tobacco and Health</b> François Damphousse, Secretary General; Denis Côté, Volunteer and advisor in advertising.	6	April 28, 1994
<b>Quebec Flue-Cured Tobacco Growers' Marketing Board</b> Germain Ducharme, President; Sylvain Ethier, Vice-President; Richard Desmarais, Director.	9	May 10, 1994
<b>R.J. Reynolds Tobacco Co. and Philip Morris International Inc.</b> Julius L. Katz, President, Hills & Company, International Consultants; N. David Palmeter, Senior Partner, Mudge Rose Guthrie Alexander & Ferdon, Washington; Richard G. Dearden, Senior Partner, Gowling Strathy & Henderson, Ottawa.	9	May 10, 1994
<b>Rototone Gravure Services Inc.</b> David Esch, President; Maurice E. Staley, General Manager, Standard Paper Box; Michael Butterfield, Vice-President, Sales.	6	April 28, 1994
<b>Shorewood Packaging Corporation of Canada Ltd.</b> Tom Shea, Executive Vice-President; Fred Prinzen, Vice-President and General Manager of Brockville and Smiths Falls Operations; Eric Stille, Director of Economic Development, Town of Smiths Falls; Dave Paul, Economic Development, City of Brockville.	3	April 19, 1994

Associations and Individuals	Issue	Date
<b>Town of Smiths Falls</b> Laurence Lee, Mayor.	10	May 12, 1994
<b>University of British Columbia</b> Richard W. Pollay, Professor of Marketing.	7	May 3, 1994



# *Appendix B*

## *Submissions*

---

A-1 Video K/W

A.R. King Ltd.

Arcadia Meat Market Ltd.

ARP Pharmacy

Atlantic Wholesalers

Avondale Food Stores

Badcock's M/M

Ball Packaging Products Canada Inc.

Bansal Kwikway

Bartlett's Irving

The Becker Milk Co. Ltd.

Bird's Corner Store

Black Pond Convenience Store

Book Mart

Bourget, Byron (Private Citizen)

Bowden, Jim (Private Citizen)

British-American Tobacco Co. Ltd.

Brown's Gas Bar Ltd.

Buds Convenience Store

Burts Variety

Business Council on National Issues

Bypass Esso

C & G Amhongs General Store

Cambrooken Kwik-Way

Canadian Bar Association

Canadian Coalition for the Rights of Children

Canadian Federation of Independent Grocers

Canadian Manufacturers Association

Canadian Wholesale Drug Association

Canns' Convenience Mart

Carol's Convenience

CD Ultramar

City of Brockville

City of Mississauga — Office of the Mayor

City of Toronto — Public Health

Colonial Woodcraft General Store

*Conseil du Patronat du Québec*

Corner Superette

Country Pride Pharmacy

D.C. Groceries Ltd.

Davis Convenience  
Drover's Store  
East York Health Unit  
Edna's Variety  
Eel Brook Service Centre  
EFKA Canada Ltd.  
Elliott, John (Private Citizen)  
Elliott's Irving  
Eric's Emporium  
Express Convenience Stores Ltd.  
Falmouth Kwik-Way  
Flint Ink Corp. of Canada  
Ford's 1986 Ltd.  
Ford's Mini Mart  
FPC Flexible Packaging Corp.  
Fundy Spray Motel  
Gander Esso Self Service  
George Green & Son Ltd.  
Giant Tiger  
Goodyear's Riteway  
Government of Newfoundland and Labrador  
Graphic Communications International Union

H.Y. Louie Co. Ltd.  
Hall's Convenience  
Hamilton, Frederick (Private Citizen)  
Heart and Stroke Foundation of Saskatchewan  
Hill's Groceteria  
Hilltop Kwikway  
Holstein General Store  
International Trademark Association  
John Baggs & Sons Ltd.  
Kapar, Atul (private citizen)  
Kielly's Store  
Kim's Golf Club Convenience Store  
Kings Variety  
Kingston Kwikway  
Landside Grocery  
Langdale's Grocery  
Laycock H. (Private Citizen)  
Lewisporte Drug Store Ltd.  
Luik, John C. (The Niagara Institute)  
Mackenzie, Heather (Private Citizen)  
MacNeil, H.J. (Private Citizen)  
Mona's Convenience



Mountain View Convenience

Muddy's Convenience Store

N.W.I. Variety

National Association of Tobacco & Confectionery Distributors

Needs and Green Gables

New Minas Pipeline

Newmans Riteway

Normies Store

North End Market

Northwest Territories Health

Ontario East Economic Development Commission

Patsy's Mini Mart Ltd.

Peters Meat Market

Powells Grocery

Provincial Association of Stores

Quebec Food Retailers Association

Quickie

R & E Grocery

R & G Convenience

R-Con Centres Inc.

Ray Butt 1991 Ltd.

RDN Convenience

Renfrew County Board of Education

Rich's Enterprises

Riverside Variety Ltd.

Roadside Convenience K/W

S & G Enterprises

Saunders General Store Ltd.

Seaview Variety

7-Eleven Stores

Shave's PT

Shoppers Wholesale Food Co.

Silcorp Ltd.

Smoke-Free Nova Scotia

Southern Graphic Systems, Canada

Sprinells Grocery

SRG Thorn Service Centre

Stuart's KwikWay

Super 1 Stop

T.J.'s Convenience Store

Taxi's River Convenience Store

Terry's Restaurant

Toots Management

Town of Smiths Falls

TRA Newfoundland  
TRA Nova Scotia  
Triple AAA Store  
Tusket Ultra Mart Ltd.  
Twillingate Pharmacy  
Wally's Shell Service  
Watson, R.E. (Private Citizen)  
Wayne's Ultramar  
West End Grocery  
Wheaton's Grocery  
White Convenience Store  
Wilco Group Ltd.  
Winpak Technologies Inc.





## *Request for Government Response*

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the Government table a comprehensive response to the Report within one hundred and fifty (150) days.

Copies of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence (*Issues Nos. 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10 and 11 which includes this report*) are tabled.

Respectfully submitted,

Hon. Roger Simmons, P.C., M.P.,  
*Chairman.*

*Appendix C*  
*Dissenting Opinion — Bloc Québécois*

---

Concerns over Plain Packaging of Cigarettes  
and Issues of a  
True Public Health Policy

STANDING COMMITTEE ON HEALTH

MINORITY REPORT OF THE  
MEMBERS OF THE BLOC QUÉBÉCOIS

JUNE 21, 1994

## INTRODUCTION

The Standing Committee on Health was asked to hear the testimony of a number of experts on the issue of plain packaging of tobacco products. The members of the Bloc Québécois attended all the Committee's sittings, heard the various witnesses and read all the briefs submitted. It is thus on the basis of all the information provided at the sittings that the members of the Bloc Québécois have come to dissociate themselves from the position adopted by the Committee members and to reject the principle of plain packaging.

The report presented by the members of the Bloc Québécois will therefore set out our concerns over plain cigarette packaging and the issues involved in a true public health policy.

The terms and conditions of the Standing Committee on Health were as follows:

1. To receive evidence and otherwise examine:
  - (a) the effectiveness of plain packaging of tobacco products in reducing both tobacco consumption and smuggling;
  - (b) the legal considerations related to plain packaging.
2. To report on the findings of the enquiry and to make recommendations to the federal government.

The Committee was to examine *inter alia* the effects of plain cigarette packaging on tobacco consumers without discrimination as to age. After hearing testimony by some experts who stated that this measure might possibly have no impact on adult consumers who had developed a taste for cigarettes over the years, the Committee mainly examined the dissuasive effects that this measure would have on young people who are already consuming tobacco products and those who have not yet begun.

It subsequently became apparent, however, that no study conducted on the subject provided significant support for the conclusion that plain cigarette packaging would have an impact on tobacco consumption among young people. The members of the Bloc Québécois nevertheless believe that existing legislation and Bill C-11, currently under

consideration, represent an effective way of limiting young people's access to tobacco products. The official Opposition is aware that legislation alone cannot perform an adequate dissuasive role and that an effective education and awareness program aimed at all socializers — the family, schools and the media — must be developed and conducted in order to increase collective awareness of the damage caused by tobacco products.

Efforts could wisely be devoted to sensitizing young and old alike to the harmful effects of tobacco abuse and to strictly enforcing existing statutes limiting tobacco consumption. Introducing plain packaging also entails serious risks for jobs and international agreements.

The Minister of Health announced last March that she intended to proceed with plain cigarette packaging. She reiterated her intention in the House of Commons on June 13 last, while the Committee was still debating the subject *in camera*. It therefore appears to us that the Liberal majority in the Committee wanted first and foremost to support the Minister's preconceived notion and decision.

## **1. STATUTES ALREADY LIMITING TOBACCO CONSUMPTION**

Various federal statutes and measures have been introduced to limit the number of points of sale and places where tobacco products may be consumed and to prohibit tobacco advertising.

On April 22, 1987, for example, the Conservative government announced a series of measures to prohibit tobacco consumption in all work places of the federal public service. Another measure by that same government prohibiting smoking on short-haul flights went into effect on December 9 that same year. The present government plans to extend the no smoking rule to all commercial flights as of July 1 of this year.

Bill C-51, which received Royal Assent on June 28, 1988, prohibited tobacco-related advertising on radio and television and in newspapers and magazines, restricted advertising by cigarette manufacturers sponsoring certain athletic events and required manufacturers to print notices or warnings on cigarette packages emphasizing the harmful effects of tobacco use. As of September 12



next, these messages appearing on cigarette packages will be accentuated and highlighted by colours, larger type and especially more forceful messages.

Bill C-111, which received Royal Assent on March 25, 1993, but whose commencement was postponed until February 8 of this year, prohibits the sale of tobacco products to persons under 18 years of age. The statute's purpose is also to control the location of cigarettes machines to make them inaccessible to young people under 18.

On February 10 last, the present government tabled in the House of Commons Bill C-11, *An Act to amend the Excise Act, the Customs Act and the Tobacco Sales to Young Persons Act*. This bill was introduced following a series of measures announced on February 8 by the Prime Minister to counter tobacco smuggling activities and to make Canadians, particularly young people, aware of the harmful effects of tobacco products. Among other things, the bill prohibited the marketing of any pack manufactured after May 1, 1994, containing fewer than 20 cigarettes. Anyone contravening this provision, including cigarette manufacturers and retailers, is liable to even stiffer penalties than previously. In tabling the bill, the government made it clear that it intended to ensure all necessary measures would be taken to dissuade young people from starting to use tobacco products.

## **2. FEDERAL GOVERNMENT'S ANTI-TOBACCO CAMPAIGN**

Following the Prime Minister's statement on February 8, 1994, the government announced it would step up measures against the effects of smuggling and emphasized that it would establish an extensive anti-tobacco campaign to inform Quebecers and Canadians, particularly young people, and to make them aware of the harmful effects of tobacco products. The government will allocate \$185 million over three years to develop a radio and television advertising campaign, in addition to investing in the design of outdoor advertising. A health education and promotion program will also be developed as part of this anti-tobacco campaign, and part of the total budget will be allocated to law enforcement and research.

The purpose of this new campaign is to replace the former “Break Free” campaign, which was abruptly halted by the present Minister of Health. Based on results, that campaign proved to be a total failure, even by the Minister’s own admission. The Minister of Health will nevertheless have to avoid repeating the mistakes of the past so that this extensive campaign does more than merely consume a large proportion of public funds.

### **3. STUDIES ON PLAIN PACKAGING OF CIGARETTES: FINDINGS NOT SIGNIFICANT**

Various witnesses and some Committee members mentioned on a number of occasions during the Committee’s sittings that studies had been conducted on plain cigarette packaging in various countries wishing to counter or reduce the consumption of tobacco products. Four studies have been conducted on plain cigarette packaging to date: the Marlboro study, the New Zealand study, the Australian study and the study by the *Centre for Health Promotion* of the University of Toronto funded by the Canadian Cancer Society, Ontario Division, in which the federal Department of Health also took part. However, none of these studies showed in any significant way that plain cigarette packages could either reduce or stop tobacco consumption or prevent young people from starting smoking.

What is more, according to various experts, some studies contain marked methodological flaws, others examine only one aspect of the issue, and one group of researchers literally exceeded the ethical limits acceptable in public health research. Among other things, the study groups funded by the Canadian Cancer Society offered plain or “standard” packets of cigarettes to minors to thank them for taking part in the study, a move that should have been strongly denounced by all the anti-tobacco groups, research groups and members of this Committee. For our part, the members of the Bloc Québécois roundly criticize this practice by researchers whose study was funded by a group that ostensibly promotes the public health of Quebecers and Canadians.

In light of these insufficient findings, Kent Foster, Assistant Deputy Minister of Health Canada, rightly told the Committee:

“I think it should be clear at this point that we don’t feel we know enough about those effects, what they are, and how best to approach this. We need to do that work, and that’s what we are doing.”

Kent Foster, Assistant Deputy Minister,  
Health Protection Branch, Health Canada,  
April 12, 1994.

Ms. Brenda Mitchell, of the Ontario Ministry of Health, also reached the same conclusions:

“However, it must be acknowledged that there is relatively little research on the issue of plain packaging. Further study is necessary to support the legislation. We need the best professional, marketing, scientific and legal advice possible.”

Brenda Mitchell, Manager, Tobacco Strategy  
Unit, Health Promotion Branch, Ontario  
Ministry of Health, May 10, 1994.

It was thus in light of inconclusive findings to that point that the federal Department of Health decided to conduct its own study on the subject. The purpose of that study, which will be completed by year end, is to examine all aspects of cigarette packaging, including neutral or plain packaging. Why then is the government asking the Committee to decide immediately on the appropriateness of measures for introducing plain cigarette packaging? What is the motivation behind the government’s urgent need to act on this matter before even seeing the findings of the study conducted by the Department of Health? Given the circumstances, doesn’t this undermine the credibility of that study, which will bear the burden of justifying the government’s action after the fact?

#### **4. CANADA’S INTERNATIONAL OBLIGATIONS AND NAFTA**

According to some experts, implementing measures to introduce plain cigarette packaging could violate Canada’s trade obligations toward the other signatory countries of NAFTA and the GATT. Certain

NAFTA provisions on investment, trademarks and intellectual property thus risk undermining the government's intention to introduce plain cigarette packaging. For example, some experts (including Julius L. Katz, former U.S. chief negotiator for the North American Free Trade Agreement, who also guided the multilateral trade negotiations of the Uruguay Round) has stated that plain packaging of these products directly involves a NAFTA provision pertaining to the expropriation of a trademark. Article 1110 of NAFTA on expropriation provides:

- “1. No Party may directly or indirectly nationalize or expropriate an investment of an investor of another Party in its territory or take a measure tantamount to nationalization or expropriation of such an investment (“expropriation”), except:
  - (a) for a public purpose;
  - (b) on a non-disciplinary basis;
  - (c) in accordance with due process of law and Article 1105(1); and
  - (d) on payment of compensation in accordance with paragraphs 2 through 6.
2. Compensation shall be equivalent to the fair market value of the expropriated investment immediately before the expropriation took place (“date of expropriation”), and shall not reflect any change in value occurring because the intended expropriation had become known earlier. Valuation criteria shall include going concern value, asset value including declared tax value of tangible property, and, other criteria, as appropriate, to determine fair market value.”

These provisions mean that an investor has the option and the right to bring an action for compensation against the Party, that is to say a country that has signed the agreement, that has violated these provisions. Should plain cigarette packaging go into effect and be considered as a direct or indirect expropriation of an investment, Canada could then be required to pay compensation to the investors concerned. In this specific case, several U.S. multinationals which control, in whole or in part, the shares of companies that manufacture and market tobacco products and



whose activities are located in Canada could take the necessary steps to obtain such compensation. For example, RJR-Macdonald Inc. is wholly controlled by the U.S. company R.J. Reynolds Tobacco Co., and Rothmans Inc. of Toronto and the U.S. firm Philip Morris International Finance Corp. have respectively a 60 per cent and 40 per cent interest in Rothmans, Benson and Hedges Inc. These few examples show the extent to which foreign corporations own a significant part of the economic activity related to the Canadian tobacco industry and that a number of those firms could seek compensation from the Government of Canada if it decided to go ahead with plain cigarette packaging.

“[trans] A measure to implement plain packaging would also violate NAFTA Chapter 11 and would open the door for the American and Mexican trademark owners (and even for the American or Mexican parent companies of Canadian trademark owners) to refer the matter of compensation due to them to binding arbitration.”

Simon V. Potter, OGILVY RENAULT,  
Montreal, April 25, 1994

NAFTA also contains a provision which requires signatory countries to protect the intellectual property of trademarks in commerce.

Non-compliance with this provision could have major consequences for the federal government if it were to proceed with plain cigarette packaging. Article 1708(10) provides:

“No Party may encumber the use of a trademark in commerce by special requirements, such as a use that reduces the trademark’s function as an indication of source or a use with another trademark.”

Under Article 1106(6)(b), the parties to the North American Free Trade Agreement may apply certain restrictions on investment in order to implement “measures necessary” to the protection of public health. If a country proved to an arbitration board that these measures were truly necessary to protect public health, it would not be required to compensate investors incurring losses. However, according to certain

legal opinions, Canada would have to prove that plain packaging was “the” measure designed to meet the public health objective of protecting the public from the dangers of tobacco consumption.

The onus will thus be on the federal government to show that plain cigarette packaging is a necessary measure in protecting public health. As stated above, however, the studies conducted on the possible effects of plain packaging simply do not prove that this measure is effective. Furthermore, existing legislation considerably restricts access to and promotion of tobacco products, and an extensive anti-tobacco campaign is also in the preparatory stages. How then could the federal government prove to an arbitration board that it was necessary to introduce plain cigarette packaging in order to protect public health?

The members of the Bloc Québécois are sensitive to all statutes and measures designed to protect the health of Quebecers and Canadians and they are prepared to cooperate with the government to improve and refine the implementation of those measures.

To date, however, the liberal government has rejected out of hand every Bloc Québécois initiative to enhance government measures designed to protect public health. What is more, the official Opposition has an obligation to see that Canada discharges its international obligations under the agreements it has signed. The studies on plain cigarette packaging have not shown in any significant way the relevance or effectiveness of this measure in protecting public health. Moreover, plain cigarette packaging may well violate Canada’s international trade obligations. The members of the Bloc Québécois therefore cannot adopt this position. The Bloc Québécois warns the Canadian government against persisting in its wish to introduce plain cigarette packaging, a measure which risks causing considerable damage to the public purse as a result of the significant amounts which the government would have to commit to defending its position before an international arbitration board that might require it to compensate aggrieved investors following the measure’s implementation. The members of the Bloc Québécois cannot subscribe to the wasting and squandering of public funds. Some legal opinions also confirm that Canada would be running an enormous risk in attempting to implement plain packaging.

## 5. COUNTERFEITING AND SMUGGLING

A number of experts who testified before the Standing Committee on Health expressed fears that plain cigarette packaging might make it easier to counterfeit this type of packaging and thus revive smuggling activities.

“If generic packaging is introduced an underground tobacco industry would develop as counterfeit packaging would be easily produced.”

Laurie Saywell, Vice-President,  
Manufacturing, Kromacorp, May 5, 1994.

One former deputy commissioner of the RCMP also corroborated this view before the members of the Committee:

“If all the packages are the same, if every package was like this, for example, it would be worthwhile for organized criminals to invest in an infrastructure to produce the counterfeit.”

Rodney T. Stamler, Senior Partner, Lindquist  
Avey Macdonald Baskerville, May 10, 1994.

Plain packaging of cigarettes could also give rise to control problems in regulating tobacco quality. Canada is recognized throughout the world for imposing strict standards on tobacco growing. Counterfeiting, however, would enable smugglers to import products not subject to such strict controls as those required under Canadian regulations. The result would be greater health dangers.

“When you have a package of Canadian products, tobacco quality and condition are easy to control with manufacturers since they are operating in Quebec or Ontario. On the other hand, when you purchase a plain package from Jamaica or Zimbabwe where D.D.T. is still used as a pesticide, the quality is poor. I must point out that D.D.T. has been prohibited in Canada for several years now.

Here, Agriculture Canada is very strict as far as products used in tobacco growing are concerned."

Germain Ducharme, Chairman, Quebec  
Flue-Cured Tobacco Growers' Marketing  
Board, May 10, 1994.

## **6. EDUCATION AND AWARENESS MORE EFFECTIVE OVER THE LONG TERM THAN PLAIN CIGARETTE PACKAGING**

"I'm not sure that plain packaging, sir, will bring addicted people to quit, and I'm perfectly prepared to concede that point."

Dr. Andrew Pipe, Physicians for a  
Smoke-Free Canada, May 5, 1994.

This statement shows the extent to which plain packaging would have no effect on adults who have developed a taste for cigarettes over the years. What is more, some of the data from the study funded by the Canadian Cancer Society which were never mentioned by the Society itself or by any of the experts during the Committee's sittings, show that neutral packaging does not appear to be an effective way to reduce the consumption of tobacco products. As may be seen from page 27 of the study report, only 10 per cent of young smokers and 3 per cent of young non-smokers who took part in the study said that a measure designed to make cigarette packages less colourful or neutral would be a way of reducing cigarette smoking among young people. However, 32 per cent of young smokers and 34 per cent of non-smokers said they thought limiting access to tobacco products was an effective way of reducing consumption among young people. Strict enforcement of existing statutes and of Bill C-11 currently under consideration would help support young people's concerns and achieve positive results.

It should also be noted that the researchers did not think it appropriate to include education and awareness programs among measures for fighting and reducing cigarette smoking and the study contains no indication on this point.



Developing education and awareness programs to inform young people of the harmful effects of tobacco products, in addition to existing statutes and measures as well as Bill C-11 currently under consideration, constitutes an effective long-term strategy.

An effective education and awareness program appears to be the best way to alter young people's thinking and behaviour. It is through the socialization process, that is to say the process whereby individuals internalize society's values and standards, that we can change young people's thoughts and actions and thus their habits. In children's early years, their parents strive to teach them how to speak, walk, eat and act in specific ways and in specific circumstances. These socializers, their parents, also attach relative importance to the acceptable behaviours they want their children to adopt. Children are subsequently influenced by another socializer, school, where children continue to learn behaviours that are acceptable and beneficial to them. Their friends and peer groups then have a marked influence on them in their teenage years as they strive for independence and try to break away from the control of the family environment in order to acquire their own experiences and shape their own personalities. By that time, if all socializers — their parents, school and the media — have transmitted and are still transmitting the same message about the harmful effects of consuming tobacco products, these teenagers will be less inclined to yield to temptation. In other words, an awareness campaign that manages to influence all these socializers will modify the way young people act and thus reduce tobacco consumption. It must be understood, however, that this process is spread over a long period of time. It will be more lastingly effective, however, if the models and ways of acting and thinking transmitted to them form an integral part of their social personalities. There has already been a constant observed decline of one to two per cent per year in the number of tobacco consumers in the United States since 1960, despite the absence of strict measures limiting the activities of this industry. A constant decline has also occurred in Canada. This state of affairs shows just how far collective awareness of the harmful effects of tobacco products has already grown and yielded tangible results.

Plain cigarette packaging cannot play this role in such a decisive way. It is only a question of time before Quebeckers and Canadians become used to seeing the new cigarette packaging. Their consumer

habits will then return to normal. The members of the Bloc Québécois think that an effective education and awareness program will do more to change those habits.

## **7. FEDERAL GOVERNMENT'S AMBIGUOUS POSITION**

In implementing measures designed to introduce plain cigarette packaging, the federal government claims to be protecting public health and improving the health of Quebecers and Canadians. Every time the opportunity arises, the Minister of Health also claims that she is greatly concerned about Canadians' health. And yet there is no indication in recent federal government decisions that public health and the health of Quebecers and Canadians are among its priorities.

First of all, no study on plain cigarette packaging has been able to demonstrate the positive effects of that measure in any significant way. The members of the Bloc Québécois have shown, however, that informing and sensitizing the various socializers to the harmful effects of tobacco products would be more effective in the long run. What then are the federal government's true intentions in persisting in its efforts to introduce neutral packaging?

The federal government's dithering over an extension to the hearings of the tainted blood commission and over granting an increase in its operating budget in order to give Judge Krever the leeway to shed light on this genuine scandal shows just how far the federal government wants to protect public health. This federal government priority has prevented even the Canadian Hemophilia Society from receiving the necessary funding to enable it to attend the proceedings of the Krever Commission as it thought adequate, to provide all the relevant information needed in to shed light on this scandal and to defend its members appropriately.

The Minister of Health's floundering over the hepatitis C issue is another lamentable example. The Minister and her government did not think it appropriate to take the necessary steps to trace and inform as soon as possible those persons who had recently received blood transfusions and had contracted hepatitis C. The arrogance of the Minister's remarks was highly revealing on this point. Are public health protection and the health of Quebecers and Canadians still a federal government priority?

Yet another overwhelming example was recently added to the government's list of "priorities". In its new budget, the federal government has extended the freeze on per capita transfer payments to the provinces for health until 1994-1995. This measure was first introduced by the Conservative government and sharply criticized by the Minister of Health when she sat in opposition. During the debate on Bill C-60 on March 9, 1992, she told the House:

"The impact of these cuts and these freezes results in total losses to the provinces in the billions of dollars range. (...) Cutting back on the transfers in these areas has not contributed to better management of our health care system. (...) There's this feeling that perhaps the federal government is letting go of its responsibilities in this matter."

The per capital transfer payments to the provinces for health saved the federal government more than \$17 billion between 1990-91 and 1993-94, all at the expense of Quebec and the provinces. The federal government has once again rejected its obligations toward Quebec and the provinces, whose tax burden has increased constantly since the freeze. This measure will have catastrophic repercussions for the health systems of Quebec and the provinces, which will be forced to make difficult choices in the coming months.

The National Health Forum was to provide an opportunity for discussion in which the various issues surrounding the health care system would be addressed. Once again, however, clearly out of a concern to protect public health and improve the health of Quebecers and Canadians, the federal government made no provision for the full participation of the parties primarily responsible for health under the Constitution of Canada: the provinces. The Liberal government had to postpone the Forum in response to pressures by the provinces. And no guarantee has been made to date that the provinces will be able to attend the Forum as full-fledged participants as they are requesting.

This reveals much about the federal government's true "priorities".

## CONCLUSION

The members of the Bloc Québécois strongly oppose the various positions taken by the federal government to date on health and public health protection. We cannot subscribe to the kind of “priorities” allegedly put forward to protect the public health and improve the health of Quebecers and Canadians. Unfortunately, plain cigarette packaging is one of those dubious priorities. Introducing plain cigarette packaging is not justified by any testimony that was given before the Standing Committee on Health. What is more, serious concerns were raised about Canada’s international trade obligations, employment (which could be substantially reduced), counterfeiting, smuggling and marketing.

It is important to recall that the members of the Bloc Québécois are in favour of implementing true measures designed to protect public health and improve the health of Quebecers and Canadians. However, the Bloc Québécois is responsible for ensuring that those measures are effective, efficient, sustainable and consistent with the government’s obligations with respect to the industry, workers and international trade. Neutral packaging simply does not meet these requirements.



# *Appendix D*

## *Dissenting Opinion—Keith Martin, M.P. (Reform Party of Canada)*

---

The context of the Health Committee to study plain packaging of cigarettes was as follows:

- 1) Tobacco is toxic to ones health and causes a wide array of serious and often fatal illnesses.
- 2) The nicotine and tobacco is addictive and therefore so are the tobacco products.
- 3) The cost to Canadian society in terms of health care, mortality, morbidity and GDP is without question.
- 4) The committee was asked by the Prime Minister and the Minister of Health to examine whether plain packaging was feasible and if it would have an affect on consumption. The major concern of the committee was youth, tobacco addiction and consumption.
- 5) The criteria for suggesting plain packaging was if it could decrease the commencement or continuation of smoking amongst youth and adults.

### **DISCUSSION:**

Many aspects concerning plain packaging were addressed including:

- a) The economic considerations of instituting plain packaging (job loss, etc)
- b) Legislative infringements, trade mark infringements, etc.
- c) Constitutional challenges/freedom of expression.

- d) Legal considerations.
- e) Validity of plain packaging and the current international trade agreements.
- f) The realization that smoking tobacco is a legal product in Canada.

These were all very important considerations but ancillary to the central issue of the committee's mandate which was to determine whether plain packaging would decrease consumption or the continuation of smoking. Unless this was proven, all the other issues were moot.

A burden of proof lay with the committee. In all the data that we examined there was not a shred of hard, objective evidence to say that plain packaging would decrease consumption. The data was empiric and subjective.

Perhaps the most eloquent witness for plain packaging who gave the most persuasive reason to not accept it was Dr. Ron Stewart, the Minister of Health for Nova Scotia. He stated that most people start to smoke and become addicted around the age of 12 or 13 which was upheld by other health professionals that we interviewed. These children begin to smoke for a variety of reasons (to fit in, to rebel, because it is forbidden, etc) It is primarily for these reasons that children start to smoke cigarettes. Children start smoking cigarettes without consideration to the brand of cigarettes they are smoking. Once they become addicted, which doesn't take very long, they start to develop brand loyalty around the age of 16 or 17. This is when the effects of advertising and particularly plain packaging come into place. Therefore, advertising affects those who are already addicted to the product through a change in market share. Plain packaging will certainly affect market shares between individual companies.

There was no evidence to show that plain packaging would inhibit people from starting to smoke or continuing to smoke. It is for this reason that I could not support plain packaging. However, out of our discussions it is very evident that a number of things can be initiated immediately to decrease consumption significantly. These are the following:

- 1) Early childhood education in the ages of six, seven and eight as to the disastrous effects of cigarette smoking could be instituted as soon as possible. This would certainly have an impact on children starting to smoke.
- 2) By increasing costs, it has been proven to decrease consumption. In fact, cost is the single most important determining factor in consumption particularly amongst children. A 10% increase in cost will result in a 14% decrease of consumption amongst children and an 8% decrease amongst adults. To this extent, I have constructed a Private Members' Motion, "That this House urge the government to introduce legislation to restore the tax on tobacco to the level existing at January 1, 1994, and to apply the revenue from the tax on tobacco to health care" in hopes that the government seek to adopt it.

These measures, i.e. education, and increasing the cost by raising the taxes on tobacco in conjunction with the government's export tax and law enforcement changes to decrease smuggling, could be instituted tomorrow and have a predictable and significant affect on consumption. This would circumvent many of the problems associated with trying to institute plain packaging as a measure of trying to address the problem of cigarette consumption in Canada.





## MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, MAY 25, 1994

(16)

[Text]

The Standing Committee on Health met *in camera* at 4:44 o'clock p.m. this day, in Room 307, West Block, the Chair, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Pierre de Savoye, Rey Pagtakhan, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Tom Curran, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee discussed various items of business and resumed consideration of its study on plain packaging of tobacco products. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated Tuesday, April 12, 1994, Issue No. 1*).

It was agreed,—That the Standing Committee on Health authorize the allocation of sufficient funds from its budget to the Sub-Committee on Bill C-7 for the payment of reasonable travel and living expenses to witnesses appearing before the Sub-Committee, in accordance with the guidelines adopted by the Main Committee.

It was agreed,—That the Committee meet again on Monday, May 30, 1994 at 3:30 p.m., in order to further discuss the issue of plain packaging of tobacco products.

At 6:40 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

MONDAY, MAY 30, 1994

(17)

The Standing Committee on Health met *in camera* at 3:37 o'clock p.m. this day, in Room 371, West Block, the Chairman, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Pierre de Savoye, Hedy Fry, Rey Pagtakhan, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Acting Members present:* Grant Hill for Keith Martin and Ivan Grose for Bernard Patry.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Tom Curran, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of its study on plain packaging of tobacco products. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated Tuesday, April 12, 1994, Issue No. 1*).

It was agreed,—That the Committee meet again on Thursday, June 9, 1994 at 9:00 a.m. and, if necessary, at 3:30 p.m. in order to further discuss the issue of plain packaging of tobacco products.

At 5:44 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, JUNE 9, 1994  
(18)

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:13 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chair, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Pierre de Savoye, Hedy Fry, Keith Martin, Rey Pagtakhan, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur

*Other Member present:* Bob Speller.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chémier and Tom Curran, Research Officers.

*Witness: From the Library of Parliament:* Daniel Dupras, Research Officer.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of its study on plain packaging of tobacco products. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated Tuesday, April 12, 1994, Issue No. 1*).

The witness made a statement and answered questions.

At 11:06 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 11:18 o'clock a.m., the sitting resumed.

The Committee then commenced its examination of the draft report on plain packaging.

At 11:55 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, JUNE 9, 1994  
(19)

The Standing Committee on Health met *in camera* at 3:35 o'clock p.m. this day, in Room 307, West Block, the Chair, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Pierre de Savoye, Hedy Fry, Rey Pagtakhan, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Other Member present:* Bob Speller.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Tom Curran, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of the draft report on plain packaging of tobacco products. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated Tuesday, April 12, 1994, Issue No. 1*).

At 3:45 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 3:51 o'clock p.m., the sitting resumed.

The Committee then resumed consideration of the draft report.

At 5:10 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, JUNE 14, 1994

(20)

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:12 o'clock a.m. this day, in Room 306, West Block, the Chair, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Pierre de Savoye, Hedy Fry, Keith Martin, Rey Pagtakhan, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Associate Member present:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Tom Curran, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of its Draft Report on plain packaging of tobacco products study (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated Tuesday, April 12, 1994, Issue No. 1*).

It was agreed,—That the Draft Report, as amended, be adopted as the Committee's First Report to the House and that the Chairman be instructed to present it to the House when it is printed.

It was agreed,—That the Committee authorize the printing of dissenting opinions from the Bloc Québécois and Keith Martin (M.P., Reform Party of Canada).

It was agreed,—That, pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the Government table a comprehensive response to the Report within one hundred and fifty (150) days.

It was agreed,—That the researchers and Clerk be authorized to make such typographical and editorial changes as may be necessary without changing the substance of the Draft Report.



It was agreed,—That the Chairman be authorized to issue a press release and hold a press conference following the presentation of the Report in the House of Commons.

It was agreed,—That the said Report be entitled: Towards zero consumption.

It was agreed,—That, in addition to the 550 copies printed by the House, the Committee print 3,000 additional copies of the report.

It was agreed,—That the Chairman, assisted by the Committee staff, attend to all the details involved in the selection and preparation of a layout for the cover page of the report.

At 10:15 o'clock a.m., the Committee proceeded to a general discussion of its future business.

At 11:18 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Carmen DePape  
*Clerk of the Committee*















Il est convenu, — Qu'en supplément des 550 exemplaires imprimés par la Chambre, le Comité en commande 3 000 autres.

Il est convenu, — Que le président, aidé du personnel du Comité, voit à tous les détails du choix et de la préparation de la maquette de la couverture du rapport.

À 10 h 15, le Comité discute de ses travaux à venir.

À 11 h 18, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*La greffière du Comité*

Carmen DePape

Le Comité permanent de la santé se réunit à huis clos à 9 h 12, dans la salle 306 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (président).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Pierre de Savoye, Hedy Fry, Keith Martin, Rey Pagtakhan, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Membre associé présent:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Tom Curran, attachés de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de la banalisation des produits du tabac (voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 12 avril 1994, fascicule n° 1).

Il est convenu, —Que le projet de rapport, modifié, soit adopté (Premier rapport du Comité) et que le président soit prié de le présenter à la Chambre.

Il est convenu, —Que le Comité autorise l'insertion des opinions dissidentes du Bloc Québécois et du député Keith Martin, du Parti réformiste du Canada.

Il est convenu, —Que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer, dans les 150 jours, une réponse globale à son rapport.

Il est convenu, —Que la greffière et les attachés de recherche soient autorisés à apporter au rapport les changements jugés nécessaires à la rédaction et à la typographie, sans en altérer le fond.

Il est convenu, —Que le président soit autorisé à publier un communiqué et à tenir une conférence de presse à l'occasion de la présentation du rapport à la Chambre.

Il est convenu, —Que le titre du rapport soit : Objectif consommation zéro.



Le témoin fait un exposé et répond aux questions.

À 11 h 06, la séance est suspendue.

À 11 h 18, la séance reprend.

Le Comité entreprend alors d'étudier le projet de rapport sur la banalisation du tabac.

À 11 h 55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI 1994

(19)

Le Comité permanent de la santé se réunit à huis clos à 15 h 35, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (président).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Pierre de Savoye, Hedy Fry, Rey Pagtakhan, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Autre député présent:* Bob Speller.

*Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Tom Curran, attachés de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de la banalisation des produits du tabac (voir les *Procès-verbaux et témoignages du mardi 12 avril 1994, fascicule n° 1*).

À 15 h 45, la séance est suspendue.

À 15 h 51, la séance reprend.

Le Comité reprend l'étude du projet de rapport sur la banalisation des produits du tabac.

À 17 h 10, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Pierre de Savoye, Hedy Fry, Rey Pagtakhan, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Membres suppléants présents:* Grant Hill pour Keith Martin, Ivan Grose pour Bernard Patry.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Tom Curran, attachés de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de la banalisation des produits du tabac (voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 12 avril 1994, fascicule n° 1).

Il est convenu, —Que le Comité se réunisse le jeudi 9 juin, à 9 heures et, au besoin, à 15 h 30, pour reprendre l'étude de la banalisation des produits du tabac.

À 17 h 44, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 9 JUIN 1994

(18)

Le Comité permanent de la santé se réunit à huis clos à 9 h 13, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (président).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Pierre de Savoye, Hedy Fry, Keith Martin, Rey Pagtakhan, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Autre député présent:* Bob Speller.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Tom Curran, attachés de recherche.

*Témoins:* De la Bibliothèque du Parlement: Daniel Dupras, attaché de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de la banalisation des produits du tabac (voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 12 avril 1994, fascicule n° 1).

## PROCS-VERBAUX

LE MERCREDI 25 MAI 1994

(16)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à huis clos à 16 h 44, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (président).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Pierre de Savoye, Rey Pagtakhan, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Tom Curran, attachés de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité discute de ses travaux puis reprend l'étude de la banalisation des produits du tabac (voir les *Procès-verbaux et témoignages* du mardi 12 avril 1994, fascicule n° 1).

Il est convenu, —Que le Comité permanent de la santé autorise l'allocation de fonds suffisants, pris sur son budget, au Sous-comité chargé du projet de loi C-7, pour le remboursement de frais de déplacement et de séjour raisonnables à des témoins, conformément aux directives adoptées par le Comité permanent.

Il est convenu, —Que le Comité se réunisse le lundi 30 mai 1994, à 15 h 30, pour reprendre l'étude de la banalisation des produits du tabac. À 18 h 40, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE LUNDI 30 MAI 1994

(17)

Le Comité permanent de la santé se réunit à huis clos à 15 h 37, dans la salle 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (président).



solution. Nos discussions ont toutefois démontré très clairement qu'un certain nombre de mesures peuvent être prises immédiatement afin de réduire la consommation de façon significative. Les voici :

- 1) Il faudrait décider le plus rapidement possible de sensibiliser les jeunes de six, sept et huit ans aux effets dévastateurs de la cigarette. Pareille décision aurait sans aucun doute une incidence sur les jeunes fumeurs potentiels.

- 2) Il a été prouvé qu'une augmentation des coûts réduit la consommation. De fait, le coût est le facteur le plus déterminant dans la consommation, particulièrement chez les enfants. Une hausse de 10 p. 100 des coûts se traduirait par une baisse de consommation de 14 p. 100 chez les enfants et de 8 p. 100 chez les adultes. Dans ce but, j'ai présenté une motion qui se lit comme suit : « Que la Chambre invite le gouvernement à déposer un projet de loi rétablissant la taxe sur le tabac au niveau du 1<sup>er</sup> janvier 1994, et à affecter aux soins de santé les recettes provenant de cette taxe sur le tabac. » J'espère que le gouvernement adoptera cette motion.

Ces mesures, à savoir la sensibilisation des jeunes et l'augmentation de la taxe sur le tabac, de pair avec les modifications sur les taxes à l'exportation et l'application de la loi proposées par le gouvernement pour diminuer la contrebande, pourraient être instaurées dès demain. Elles auraient un effet prévisible et significatif sur la consommation. Cette façon de procéder nous permettrait d'éviter bon nombre des écueils qui surgiraient si l'on adoptait les emballages neutres pour régler le problème de la consommation de cigarettes au Canada.



Rien ne nous a permis de constater que la banalisation des produits du tabac inciterait les gens à ne pas commencer à fumer ou à mettre fin à cette habitude. C'est pour cette raison que je ne peux appuyer cette

marché que chaque entreprise occupera.

produits du tabac aura certainement des répercussions sur la part de changements qui se produisent sur le marché. La banalisation des publicités influence donc les fumeurs invétérés en fonction des particularités des emballages neutres, ont la plus grande incidence. La marque, vers l'âge de 16 ou 17 ans. C'est à ce moment-là que la publicité, peuvent plus s'en passer, ce qui n'est pas très long, ils adoptent une marque de la cigarette qu'ils tiennent entre leurs doigts. Lorsqu'ils ne rebeller, braver l'interdiction, etc.), et ce, sans penser un instant à la commencent à fumer pour différentes raisons (faire comme les autres, se la santé interrogés par le Comité. En règle générale, ces enfants vers l'âge de 12 ou 13 ans, ce qu'ils ont corroboré d'autres professionnels de des gens commencent à fumer et créent une dépendance envers le tabac Santé de la Nouvelle-Écosse. Celui-ci a en effet déclaré que la plupart convaincant contre la banalisation fut le Dr Ron Stewart, ministre de la Le témoin qui a peut-être fourni, malgré lui, l'argument le plus

subjectives.

réduiraient la consommation. Les données n'étaient qu'empiriques et objective ne nous a permis de conclure que les emballages neutres données que nous avons examinées, pas la moindre preuve concrète ou Le fardeau de la preuve incombe au Comité. Parmi toutes les

preuve à cet effet, tous les autres aspects sont sans intérêt aucun.

réduirait la consommation ou inciterait les gens à arrêter de fumer. Sans Comité, à savoir déterminer si la banalisation des produits du tabac étaient toutefois subordonnées à l'enjeu principal du mandat confié au Ces considérations, toutes plus importantes les unes que les autres,

f) La légalité des produits du tabac au Canada.

- e) La validité des emballages neutres et les ententes commerciales internationales qui existent actuellement.
- d) Les considérations d'ordre juridique.
- c) Les recours intentés en vertu de la liberté d'expression garantie dans la Constitution.

## Annexe D

### *Opinion dissidente — Keith Martin, député (Parti réformiste du Canada)*

Les principes qui ont présidé à l'étude du Comité permanent de la santé sur la banalisation des produits du tabac étaient les suivants :

- 1) Le tabac est nocif pour la santé et il est responsable d'un vaste éventail de maladies graves, souvent mortelles.
- 2) La nicotine et le tabac créent une dépendance, ce qui est le cas, par le fait même, des produits du tabac.
- 3) Il ne fait aucun doute que les produits du tabac ont des répercussions sur la société canadienne au chapitre des soins de santé, des taux de mortalité et de morbidité ainsi que du PIB.
- 4) Le Premier ministre et la ministre de la Santé ont demandé au Comité de déterminer s'il était possible de banaliser les produits du tabac et si cette banalisation aurait une incidence sur la consommation. Le Comité a surtout axé son étude sur les jeunes, la dépendance créée par le tabac et la consommation. Une seule raison justifierait la banalisation des produits du tabac : la preuve que moins de jeunes et d'adultes commencent à fumer ou qu'un plus grand nombre d'entre eux mettent fin à cette habitude.
- 5)

### DISCUSSION :

- De nombreux aspects de la question ont été abordés, notamment :
- a) Les répercussions économiques découlant de la banalisation (pertes d'emplois, etc.).
  - b) Les infractions à la loi, le respect des marques de commerce, etc.



Les députés du Bloc Québécois s'insurgent contre les différentes positions prises par le gouvernement fédéral jusqu'à maintenant en matière de santé et de protection de la santé publique. Ils ne peuvent souscrire au genre de «priorités» mises de l'avant pour soit-disant protéger la santé publique et améliorer l'état de santé des Québécois et Canadiens. Hélas, la banalisation des paquets de cigarettes fait partie de ces priorités douteuses. Aucun témoignage présenté au Comité permanent de la santé ne permet de justifier la mesure visant à banaliser les paquets de cigarettes. Qui plus est, des préoccupations sérieuses ont été soulevées en matière de respect des obligations internationales en matière de commerce, d'emplois (dont la réduction pourrait être substantielle), de contrebande et de mise en marché.

Il importe de rappeler que les membres du Bloc Québécois sont favorables à l'application de véritables mesures visant à protéger la santé publique et à améliorer l'état de santé des Québécois et des Canadiens. Le Bloc Québécois a toutefois la responsabilité de s'assurer que ces mesures seront efficaces, durables et respectueuses des obligations du gouvernement envers l'industrie, les travailleurs, et le commerce international. L'emballage neutre ne répond tout simplement pas à ces exigences.

libéral.  
Voilà qui en dit long sur les véritables «priorités» du gouvernement

pourront participer à part entière à ce Forum comme elles le demandent. plus, il n'existe aucune garantie, jusqu'à ce jour, que les provinces tenue de ce Forum à la suite des pressions faites par les provinces. De canadienne : les provinces. Le gouvernement libéral du repousser la des principaux intervenants de la santé prévus par la Constitution gouvernement fédéral ne prévoyait pas la participation pleine et entière l'amélioration de l'état de santé des Québécois et des Canadiens, le Mais encore une fois, par souci de protection de la santé publique et de où seraient discutés les différents enjeux relatifs au système de santé. Le Forum national sur la santé devait constituer un lieu d'échange

prochains mois.  
qui seront contraints d'effectuer des choix difficiles au cours des catastrophiques sur l'état du système de santé du Québec et des provinces augmenter à la suite de ce gel. Cette mesure aura des répercussions envers le Québec et les provinces qui ne cessent de voir leur fardeau fiscal provinces. Le gouvernement fédéral a nié encore une fois ses obligations de dollars au gouvernement fédéral et ce, sur le dos du Québec et des la santé a fait économiser, entre 1990-91 et 1993-94, plus de 17 milliards Le gel per capita des paiements de transfert aux provinces à titre de

«Toutes ces compressions et tous ces gels se traduisent par des pertes de milliards de dollars pour les provinces. (...) La réduction des transferts dans ce domaine n'a pas contribué à une meilleure gestion de notre système de santé. (...) On a l'impression que le gouvernement fédéral se dérobe peut-être devant ses responsabilités dans ce domaine.»

Un autre exemple accablant vient s'ajouter à la liste des «priorités» du gouvernement. Le gouvernement fédéral a reconduit jusqu'en 1994-95 le gel per capita des paiements de transfert aux provinces au titre de la santé lors de son dernier budget. Cette mesure qui a été initiée par le gouvernement conservateur avait reçu des critiques acerbes de la part de la ministre de la Santé lorsqu'elle siégeait dans l'opposition. Elle affirmait le 9 mars 1992 lors du débat sur le projet de loi C-60 que :



## 7. LE DISCOURS AMBIGU DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

En appliquant les mesures visant à banaliser les paquets de cigarettes, le gouvernement fédéral prétend assurer la protection de la santé publique et améliorer l'état de santé des Québécois et des Canadiens. La ministre de la Santé prétend également, à chaque fois que l'occasion se présente, que la santé des Canadiens lui tient à cœur. Pourtant, rien n'indique dans les récentes décisions du gouvernement fédéral que la santé publique et l'état de santé des Québécois et des Canadiens font partie de ses priorités.

Tout d'abord, aucune étude effectuée relativement à la banalisation des paquets de cigarettes n'a été en mesure de démontrer, de façon significative, les effets positifs d'une telle mesure. Les membres du Bloc Québécois ont toutefois démontré que l'information et la sensibilisation des différents agents de socialisation aux méfaits causés par les produits du tabac seraient plus efficaces à long terme. Alors, quelles sont les véritables intentions qui poussent le gouvernement fédéral à vouloir s'acharner à réaliser l'emballage neutre?

La valse hésitation du gouvernement fédéral à permettre la prolongation des audiences de la commission sur le sang contaminé et à allouer une augmentation de son budget de fonctionnement afin de donner toute latitude au juge Krevier pour faire la lumière sur ce véritable scandale, démontre à quel point le gouvernement fédéral désire assurer la protection de la santé publique. Cette priorité du gouvernement fédéral empêche même la Société canadienne d'hémophilie de recevoir les fonds nécessaires pour qu'elle puisse assister adéquatement aux travaux de la Commission Krevier, donner toute l'information pertinente servant à faire la lumière sur ce scandale et enfin défendre convenablement ses membres.

Le catouillage de la ministre de la Santé concernant le dossier de l'hépatite C constitue un autre exemple déplorable. La ministre et son gouvernement n'ont pas jugé bon de prendre les mesures nécessaires afin de retracer et d'informer, dans les plus brefs délais, les personnes qui ont reçu une transfusion sanguine au cours des dernières années et qui ont contracté l'hépatite C. L'arrogance des propos de la ministre en disaient long à cet égard. La protection de la santé publique et l'état de santé des Québécois et des Canadiens représentent-ils toujours une priorité du gouvernement fédéral?

c'est-à-dire le processus par lequel un individu intègre les valeurs et les normes sociales, qu'il sera possible de transformer leur façon de penser et d'agir, donc leurs habitudes. Dès les premières années de la vie du nourrisson, les parents s'efforceront de lui apprendre à parler, marcher, manger et à agir de façon précise à l'intérieur de circonstances précises. Les agents de socialisation que sont les parents attacheront également une importance relative aux comportements acceptables que l'enfant devra adopter. L'enfant sera par la suite influencé par un autre agent de socialisation, l'école, où l'apprentissage des comportements acceptables et bénéfiques pour l'enfant se poursuivra. Les amis ou le groupe de pairs aura par la suite une influence marquée pour l'adolescent qui recherche son indépendance et qui tente d'échapper à l'emprise du milieu familial afin de procéder à ses propres expériences et de façonner sa propre personnalité. À ce moment précis, si tous les agents de socialisation comme les parents, l'école, les médias, ont diffusé et diffusent encore le même message relatif aux méfaits causés par la consommation des produits du tabac, l'adolescent sera moins enclin à céder à la tentation. C'est donc dire qu'une campagne de sensibilisation qui réussit à influencer tous ces agents de socialisation parviendra à modifier la façon d'agir des jeunes et ainsi diminuer la consommation des produits du tabac. Il faut cependant être conscient qu'il s'agit-là d'un processus qui s'échelonne sur une longue période. L'efficacité de ce processus sera toutefois plus durable parce que les modèles, les façons d'agir et de penser transmis deviendront partie intégrante de la personnalité sociale. On constate déjà, à cet égard, une baisse constante de 1 à 2 % par année, depuis 1960, des consommateurs des produits du tabac aux États-Unis, malgré l'absence de mesures rigoureuses restreignant les activités de cette industrie. On retrouve également cette baisse constante au Canada. Cet état de fait démontre à quel point la prise de conscience collective concernant les méfaits causés par les produits du tabac se fait déjà sentir et donne des résultats tangibles.

La banalisation des paquets de cigarettes ne pourra remplir ce rôle de façon aussi déterminante. Ce ne sera qu'une question de temps avant que les Québécois et les Canadiens s'habituent à la vue du nouvel emballage des paquets de cigarettes. Leurs habitudes de consommateur reviendront alors à la normale. Les députés du Bloc Québécois pensent qu'un programme d'éducation et de sensibilisation efficace vieillera davantage à modifier ces habitudes.

## 6. L'ÉDUCATION ET LA SENSIBILISATION : PLUS EFFICACES À LONG TERME QUE LA BANALISATION DES PAQUETS DE CIGARETTES

«Je ne suis pas sûr que l'emballage banalisé incite les fumeurs invétérés à s'arrêter, et je suis bien prêt à vous concéder ce point.»

Dr Andrew Pipe, Médecins pour un Canada  
sans fumée, 5 mai 1994.

Cette affirmation démontre à quel point les paquets banalisés n'auraient aucun effet sur la clientèle adulte qui a développé le goût de la cigarette au fil des ans. Qui plus est, certaines données de l'étude subventionnée par la Société canadienne du cancer, qui n'ont jamais été mentionnées par la Société elle-même ni par divers experts lors des séances du Comité, démontrent que l'emballage neutre n'apparaît pas comme un moyen efficace de contre la consommation des produits du tabac. On remarque à la page 27 de cette étude que seulement 10% des jeunes fumeurs et 3 % des jeunes non-fumeurs qui ont participé à cette étude ont affirmé qu'une mesure visant à rendre le paquet de cigarettes moins coloré ou neutre constituerait un moyen de réduire la consommation de cigarettes chez les jeunes. Toutefois, les jeunes fumeurs considèrent à 32 % et les non-fumeurs à 34 % que la difficulté d'accès aux produits du tabac est un moyen efficace de contre la consommation chez les jeunes. L'application rigoureuse des lois existantes et du projet de loi C-11, présentement à l'étude, permettrait ainsi de corroborer les appréhensions des jeunes et d'obtenir des résultats intéressants.

Il faut également mentionner que les chercheurs n'ont pas jugé bon d'inclure les programmes d'éducation et de sensibilisation comme faisant partie des moyens de contre et de réduire la consommation de cigarettes et qu'aucune indication n'apparaît dans l'étude à cet égard.

L'élaboration de programmes d'éducation et de sensibilisation visant à informer les jeunes des méfaits causés par les produits du tabac, en plus des lois et des mesures existantes ainsi que le projet de loi C-11 présentement à l'étude, constitue une stratégie efficace à long terme.

Un programme d'éducation et de sensibilisation efficace s'avère être le meilleur moyen pour changer, modifier le comportement et la façon de penser des jeunes. C'est donc par le processus de socialisation,



Un ancien commissaire adjoint de la GRC a également corroboré cette préoccupation devant les membres du Comité :

«La banalisation obligatoire des emballages entraînerait l'apparition d'une industrie parallèle du tabac; car les emballages contrefaits seront très faciles à produire.»

Laurie Saywell, vice-président, Fabrication, Kromacorp, 5 mai 1994.

«Si tous les emballages sont les mêmes, si tous les emballages ressemblent à celui-ci, par exemple, il vaudrait la peine pour le crime organisé d'investir dans une infrastructure de fabrication d'un produit de contrefaçon.»

Rodney T. Stamper, associé principal, Lindquist Avey Macdonald Baskerville, 10 mai 1994.

La banalisation des paquets de cigarettes pourrait également donner lieu à des problèmes de contrôle concernant la réglementation relative à la qualité du tabac. Le Canada est reconnu de par le monde pour imposer des normes sévères quant à la culture du tabac. La contrefaçon permettrait toutefois aux contrebandiers d'importer des produits n'ayant pas fait l'objet de contrôles aussi sévères que la réglementation canadienne l'exige. Cela aurait pour conséquence d'accroître le danger pour la santé.

«Quand vous avez un paquet de produits canadiens, il est facile d'aller contrôler la qualité et l'état du tabac auprès des manufacturiers car ils sont installés au Québec ou en Ontario. Tandis que quand vous achetez un produit banalisé, s'il vient de la Jamaïque ou du Zimbabwe où ils utilisent encore du D.D.T. pour détruire les insectes, c'est un produit de mauvaise qualité. Je dois dire qu'au Canada, le D.D.T. est un produit qui est banni depuis des années. Ici, Agriculture Canada est très sévère sur les produits utilisés dans la culture du tabac.»

Gerrain Ducharme, président, Office des producteurs de tabac jaune du Québec, 10 mai 1994.

Faut-il rappeler également que la législation existante restreint, de beaucoup, l'accès et la promotion des produits du tabac, et qu'une vaste campagne anti-tabac est en voie d'élaboration. Alors, comment le gouvernement fédéral pourrait-il justifier, devant un tribunal d'arbitrage, la nécessité de banaliser les paquets de cigarettes afin de protéger la santé publique?

Les députés du Bloc Québécois sont sensibles à toutes mesures et législations permettant de protéger la santé des Québécois et des Canadiens et ils sont prêts à collaborer avec le gouvernement pour améliorer et peaufiner l'application de telles mesures.

Le gouvernement libéral a toutefois, jusqu'à maintenant, balayé du revers de la main toute initiative des membres du Bloc Québécois visant à bonifier les mesures servant à protéger la santé publique. Qui plus est, l'Opposition officielle a l'obligation de veiller à ce que le Canada respecte ses obligations internationales relatives aux accords qu'il a signés. Les études portant sur la banalisation des paquets de cigarettes n'ont pu démontrer de façon significative la pertinence et l'efficacité d'une telle mesure sur la protection de la santé publique. De plus, la banalisation des paquets de cigarettes risque fort d'aller à l'encontre des obligations du Canada en matière de commerce international. Les députés du Bloc Québécois ne peuvent donc adhérer à une telle position. Le Bloc Québécois met en garde le gouvernement canadien contre son obstination à vouloir banaliser les paquets de cigarettes, la mesure qui risque de causer des torts considérables au Trésor public en raison des sommes importantes que celui-ci devra engager afin de défendre sa position devant un tribunal international d'arbitrage et qui peut l'amener à compenser les investisseurs lésés à la suite de l'application d'une telle mesure. Les membres du Bloc Québécois ne peuvent souscrire au gaspillage et à la dilapidation des fonds publics. Certains avis juridiques confirment également que le Canada prend un risque important à vouloir appliquer une mesure permettant l'emballage neutre.

## 5. LA CONTREFFAÇON ET LA CONTREBAND

Plusieurs experts sont venus témoigner au Comité permanent de la Santé et ont exprimé certaines craintes à l'effet que la banalisation des paquets de cigarettes pourrait contribuer à faciliter la contrebande de ce type d'emballage et à raviver les activités reliées à la contrebande.



ou mexicaines de propriétaires canadiens, recours à un arbitrage forcé sur la question de la compensation qui leur serait due.»

Simon V. Potter de la firme d'avocats  
OGILVY RENALTI, Montréal, le 25 avril  
1994.

L'ALÉNA prévoit également une disposition qui oblige les pays signataires à protéger la propriété intellectuelle des marques de fabrication ou de commerce.

Le non-respect de cette disposition pourrait entraîner des conséquences majeures pour le gouvernement fédéral s'il devait procéder à la banalisation des paquets de cigarettes. L'article 1708(10) prévoit que :

«Aucune des Parties ne pourra entraver l'usage d'une marque de fabrication ou de commerce dans le commerce par des prescriptions spéciales, telles que l'usage d'une marque d'une manière qui réduit sa fonction comme indication de source ou l'usage simultané d'une autre marque.»

Les pays signataires de l'Accord de libre-échange nord-américain peuvent toutefois appliquer, selon l'article 1106 (6)b), certaines restrictions relatives à l'investissement afin d'assurer la mise en oeuvre de «mesures nécessaires» à la protection de la santé publique. Dans le cas où le pays démontre, de manière prépondérante, devant un tribunal d'arbitrage, que ces mesures sont vraiment nécessaires à la protection de la santé publique, celui-ci ne sera pas tenu de compenser l'investisseur qui subit des pertes. Mais selon certains avis juridiques reçus, le Canada devra démontrer que l'emballage neutre constitue «la» mesure nécessaire permettant de répondre à l'objectif de santé publique visant à protéger la population contre les méfaits causés par la consommation des produits du tabac.

Le gouvernement fédéral aura donc le fardeau de la preuve et devra démontrer que la banalisation des paquets de cigarettes constitue une mesure nécessaire permettant d'assurer la protection de la santé publique. Faut-il toutefois rappeler que les études effectuées sur les effets possibles

d) moyennant le versement d'une indemnité en conformité avec les paragraphes 2 à 6.

2. L'indemnité devra équivaloir à la juste valeur marchande de l'investissement exproprié, immédiatement avant que l'expropriation n'ait lieu, et elle ne tiendra compte d'aucun changement de valeur résultant du fait que l'expropriation envisagée était déjà connue. Les critères d'évaluation seront la valeur de l'investissement comme entreprise en activité, la valeur de l'actif, notamment la valeur fiscale déclarée des biens corporels ainsi que les autres critères pertinents au calcul de la juste valeur marchande.»

Ces articles signifient qu'un investisseur a la possibilité et le droit de recourir à des procédures pour demander une compensation à la Partie, c'est-à-dire à un pays signataire de l'accord, qui contrevient à ces dispositions. Advenant le cas où la banalisation des paquets de cigarettes deviendrait effective et serait considérée comme une expropriation directe ou indirecte d'un investissement, le Canada pourrait alors se voir contraint de verser des compensations aux investisseurs concernés. Dans ce cas précis, plusieurs multinationales américaines qui contrôlent, en partie ou en totalité, les actions des compagnies qui fabriquent et commercialisent les produits du tabac, dont les activités sont situées au Canada, pourraient faire les démarches nécessaires afin de recevoir cette compensation. Par exemple, RJR-Macdonald Inc. est entièrement contrôlée par la compagnie américaine R. J. Reynolds Tobacco Co., et la compagnie Rothmans, Benson and Hedges Inc. est contrôlée à 60% par Rothmans Inc. de Toronto et à 40 % par la compagnie américaine Philip Morris International Finance Corp. Ces quelques exemples démontrent à quel point les compagnies étrangères détiennent une part importante de l'activité économique reliée à l'industrie canadienne du tabac et que plusieurs d'entre elles pourraient demander des compensations au gouvernement du Canada si celui-ci décidait de procéder à la banalisation des paquets de cigarettes.

«Une mesure d'emballage banalisé violerait également le Chapitre 11 de l'ALÉNA et donnerait aux propriétaires américains et mexicains des droits des marques effectives, ou même aux compagnies-mères américaines

- a) pour une raison d'intérêt public;
- b) sur une base non discriminatoire;
- c) en conformité avec l'application régulière de la loi et le paragraphe 1105 (1);

«1. Aucune des Parties ne pourra nationaliser ou exproprier, directement ou non, un investissement effectué sur son territoire par un investisseur d'une autre Partie, ni prendre une mesure équivalente à l'expropriation ou à la nationalisation d'un tel investissement sauf :

La mise en application des mesures visant à banaliser les paquets de cigarettes pourrait, selon certains experts, aller à l'encontre des obligations commerciales du Canada envers les autres pays signataires de l'ALÉNA et du GATT. Certaines dispositions de l'ALÉNA relatives aux investissements, aux marques de commerce et à la propriété intellectuelle risquent ainsi de porter ombrage aux intentions du gouvernement de banaliser les paquets de cigarettes. Par exemple, certains experts (dont Julius L. Katz, ancien négociateur en chef des États-Unis pour l'Accord de libre-échange nord-américain, qui a également piloté les négociations commerciales multilatérales de l'Uruguay Round) ont affirmé que la banalisation de ces produits implique directement une disposition de l'ALÉNA relative à l'expropriation d'une marque de commerce. L'article 1110 de l'ALÉNA relatif à l'expropriation stipule que :

#### ET L'ALÉNA

### 4. LES OBLIGATIONS INTERNATIONALES DU CANADA

cours, a pour objectif d'examiner toutes les dimensions de l'emballage des paquets de cigarettes, y compris l'emballage neutre ou banalisé. Alors, pourquoi le gouvernement demande-t-il au comité de décider des maintenant de la pertinence des mesures permettant l'application de la banalisation des paquets de cigarettes? Quelles sont les motivations du gouvernement justifiant l'urgence d'agir dans ce dossier avant même de connaître les conclusions de l'étude menée par le ministère de la Santé? Dans ces circonstances, cela ne porte-t-il pas déjà préjudice à la crédibilité de cette étude sur laquelle reposera le fardeau de justifier, a posteriori, l'action du gouvernement?

publique. Le groupe d'étude subventionné par la Société canadienne du cancer offrirait, entre autres, à titre de remerciement, des paquets de cigarettes banalisées ou «ordinaires» aux jeunes mineurs qui ont participé à l'étude. Cette façon de procéder aurait dû être dénoncée sévèrement par tous les groupes anti-tabac, les groupes de recherches et les membres du Comité. Quant à eux, les membres du Bloc Québécois s'insurgent contre une telle pratique menée par des chercheurs dont l'étude était subventionnée par un groupe qui veut faire la promotion de la santé publique des Québécois et des Canadiens.

Suite à ces résultats insuffisants, Kent Foster, sous-ministre adjoint à Santé Canada, mentionnait ainsi au Comité à juste titre :

«Il faut qu'une chose soit bien claire : nous estimons que nous n'en savons pas suffisamment à l'heure actuelle dans ce domaine. Nous devons faire de la recherche pour déterminer la meilleure façon de s'y prendre et c'est exactement ce que nous faisons.»

Kent Foster, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, 12 avril 1994.

Madame Brenda Mitchell, du ministère de la santé de l'Ontario, en arrivait également aux mêmes conclusions en affirmant :

«Il faut toutefois reconnaître que la recherche sur la banalisation est relativement limitée. Il faut procéder à d'autres études pour appuyer les mesures législatives. Nous avons besoin des meilleurs conseils professionnels, commerciaux, scientifiques et juridiques disponibles.»

Brenda Mitchell, Chef, Unité stratégique sur le tabac, Direction de la promotion de la santé, ministère de la Santé de l'Ontario, 10 mai 1994.

C'est donc à la suite des résultats peu concluants obtenus jusqu'à ce jour que le ministère fédéral de la Santé a décidé d'effectuer sa propre étude sur le sujet. Cette étude, qui sera complétée d'ici la fin de l'année en



Qui plus est, d'après divers experts, certaines études contenaient des vices méthodologiques marqués, d'autres ne faisaient ressortir qu'un aspect de la question et un groupe de chercheurs a littéralement outrepassé le cadre déontologique acceptable à la recherche en santé

Lors des séances du Comité, divers témoins ainsi que certains de ses membres mentionnaient, à plusieurs reprises, l'existence d'études sur la banalisation des paquets de cigarettes effectuées dans divers pays désireux de contrer ou de faire diminuer la consommation des produits du tabac. Il existe, jusqu'à ce jour, quatre études qui ont trait à la banalisation des paquets de cigarettes : l'étude Marlboro; celle de Nouvelle-Zélande; de l'Australie et du *Centre for Health Promotion*, de l'Université de Toronto, subventionnée par la Société canadienne du cancer, division de l'Ontario, à laquelle le ministère fédéral de la santé a participé. Aucune de ces études n'a toutefois démontré, de façon significative, que les paquets de cigarettes banalisés pouvaient soit diminuer, soit interrompre la consommation des produits du tabac ou encore empêcher les jeunes de commencer à fumer.

### 3. LES ÉTUDES SUR LA BANALISATION DES PAQUETS DE CIGARETTES : CONCLUSIONS NON SIGNIFICATIVES

Cette nouvelle campagne anti-tabac vise à remplacer la précédente campagne «Break free» interrompue abruptement par l'actuelle ministre de la Santé qui, d'après les résultats obtenus, s'est avérée un échec complet selon l'avis même de la ministre. La ministre de la Santé devra toutefois éviter de répéter les erreurs du passé afin que cette vaste campagne ne serve uniquement qu'à engouffrer une proportion considérable de fonds publics.

de sensibiliser les Québécois et les Canadiens, principalement les jeunes, aux méfaits des produits du tabac. Le gouvernement y consacra 185 millions de dollars sur une période de trois ans afin de permettre l'élaboration d'une campagne de publicité radiophonique et télévisuelle en plus d'investir dans la conception de panneaux publicitaires extérieurs. Cette campagne anti-tabac prévoit également l'élaboration d'un programme d'éducation et de promotion de la santé tout en accordant une part du budget total à l'application des lois et à la recherche.



Suite à la déclaration du Premier ministre prononcée le 8 février 1994, le gouvernement annonçait une intensification des mesures visant à lutter contre les effets de la contrebande et soulignait également la mise sur pied d'une vaste campagne anti-tabac dont l'objectif est d'informer et

## 2. LA CAMPAGNE ANTI-TABAC DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Le gouvernement actuel déposait à la Chambre des communes le 10 février dernier le projet de loi C-11 qui vise à modifier la *Loi sur l'accise*, la *Loi sur les douanes* et la *Loi sur la vente du tabac aux jeunes*. Ce projet de loi a été déposé à la suite d'une série de mesures annoncées le 8 février 1994 par le Premier ministre afin de contrer les activités de contrebande reliées aux produits du tabac et de sensibiliser, principalement les jeunes, aux méfaits des produits du tabac. Ce projet de loi prévoit, entre autres, l'interdiction de commercialiser tout paquet, fabriqué à partir du premier mai 1994, contenant moins de vingt cigarettes. Quiconque, incluant les fabricants de cigarettes et les détaillants, contrevient à cette disposition de la loi encourt une pénalité encore plus sévère qu'auparavant. En déposant ce projet de loi, les intentions du gouvernement étaient claires : s'assurer que toutes les mesures nécessaires soient prises pour dissuader les jeunes de s'initier aux produits du tabac.

Le projet de loi C-111, sanctionné le 25 mars 1993 mais dont l'application a été retardée au 8 février 1994, prévoit l'interdiction de la vente de produits du tabac aux moins de 18 ans. Cette loi a également pour but de contrôler l'emplacement des distributeurs de cigarettes afin qu'elles ne soient accessibles d'aucune façon aux jeunes âgés de moins de 18 ans.

Le projet de loi C-51, qui a été sanctionné le 28 juin 1988, prévoit l'interdiction de la publicité reliée aux produits du tabac à la radio, à la télévision, dans les journaux et les magazines; de restreindre la publicité faite par les fabricants de cigarettes lorsqu'ils paraissent certains événements sportifs ainsi que l'obligation pour les fabricants d'imprimer sur les paquets de cigarettes des avertissements ou des mises en garde soulignant les effets nocifs du tabac. À partir du 12 septembre 1994, ces messages apparaissant sur le paquet de cigarettes seront accentués et mis en évidence par leurs couleurs, leur dimension et surtout par des avertissements plus percutants.

Par exemple, le gouvernement conservateur annonçait, le 22 avril 1987, une série de mesures visant à interdire la consommation des produits du tabac dans tous les lieux de travail de la fonction publique fédérale. Une autre mesure de ce même gouvernement visant l'interdiction de fumer sur les vols de courte durée entrerait en vigueur le 9 décembre 1987. Le gouvernement actuel prévoit également étendre l'interdiction de fumer sur l'ensemble des vols commerciaux à compter du premier juillet 1994.

Diverses lois et mesures fédérales ont été appliquées afin de limiter les points de vente, les lieux permettant la consommation des produits du tabac et en interdire la publicité.

## 1. LES LOIS QUI LIMITENT DÉJÀ LA CONSOMMATION DU TABAC

Rappelons-nous également qu'en mars dernier, la ministre de la Santé avait annoncé son intention de procéder avec la banalisation des paquets de cigarettes. Elle a d'ailleurs réitéré cette intention à la Chambre des communes, le 13 juin 1994, alors même que le Comité délibérait encore à huis clos sur ce sujet. Il nous apparaît donc, par conséquent, que la majorité libérale au Comité a voulu avant tout et surtout soutenir la décision préconçue de la ministre.

Les efforts seraient plus sagement investis par la sensibilisation des jeunes et des moins jeunes aux méfaits du tabagisme, et par l'application rigoureuse des lois actuelles en matière de limitation de la consommation du tabac. D'autre part, il existe des risques sérieux associés à la mise en place de l'emballage neutre en termes d'emplois et d'ententes internationales.

existante et que le projet de loi C-11, présentement à l'étude, constituent une bonne façon de limiter l'accès des jeunes aux produits du tabac. L'opposition officielle est consciente que la législation seule ne peut remplir adéquatement la fonction dissuasive et que l'élaboration d'un programme d'éducation et de sensibilisation efficace menée auprès de tous les agents de socialisation, tels la famille, l'école et les médias, serait nécessaire pour accentuer la prise de conscience collective concernant les méfaits causés par les produits du tabac.

Le Comité permanent de la santé a été mandaté pour entendre les témoignages de plusieurs experts sur la question de la banalisation des produits du tabac. Les députés du Bloc Québécois ont assisté à toutes les séances du Comité, entendu les différents témoins et lu tous les mémoires déposés. C'est donc à la lumière de tous les éléments d'information transmis lors des séances de travail que les députés du Bloc Québécois en arrivent à se dissocier de la position adoptée par les membres du Comité et rejettent le principe de la banalisation.

Le rapport présenté par les membres du Bloc Québécois verra donc à exposer leurs préoccupations concernant la banalisation des paquets de cigarettes et les enjeux d'une véritable politique de santé publique.

Le mandat du Comité permanent de la santé était le suivant :

1. Recueillir des témoignages et examiner :

- a) l'efficacité de l'emballage neutre des produits du tabac comme moyen de réduire la consommation et la contrebande du tabac;

- b) les questions législatives relatives à l'emballage neutre.

2. Faire rapport sur les conclusions de l'enquête et présenter des recommandations au gouvernement fédéral.

Le Comité devait, entre autres, examiner les effets de la banalisation des paquets de cigarettes sur les consommateurs de produits du tabac sans aucune discrimination reliée à l'âge. À la suite de divers témoignages faits par certains experts qui ont affirmé que cette mesure n'aurait possiblement aucun impact sur la clientèle adulte qui a développé le goût de la cigarette au fil des ans, le Comité a surtout examiné les effets dissuasifs d'une telle mesure sur les jeunes qui consomment déjà des produits du tabac et ceux qui n'y sont pas encore initiés.

Il s'est toutefois avéré qu'aucune étude effectuée à cet égard permet de conclure, de façon significative, que la banalisation des paquets de cigarettes aurait un impact sur la consommation du tabac chez les jeunes. Les membres du Bloc Québécois considèrent cependant que la législation

21 JUIN 1994

RAPPORT MINORITAIRE DES MEMBRES  
DU BLOC QUÉBÉCOIS

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

Préoccupations concernant la banalisation  
des paquets de cigarettes et les enjeux d'une  
véritable politique de santé publique

---

*Opinion dissidente du Bloc Québécois*  
**Annexe C**

## *Demande de réponse du gouvernement*

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale au présent Rapport au plus tard cent cinquante (150) jours suivant sa présentation.

Des exemplaires des Procès-verbaux et témoignages du Comité (fascicules nos 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10 et 11 qui comprend le présent rapport) sont déposés.

Respectueusement soumis,

*Le président,*

*L'hon. Roger Simmons, c.p., député*





*Tusket Ultra Mart Ltd.*

*Twillingate Pharmacy*

Ville de Brockville

Ville de Mississauga — Bureau du maire

Ville de Smiths Falls

Ville de Toronto — santé publique

*Wally's Shell Service*

Watson, R.E. (à titre individuel)

*Wayne's Ultramar*

*West End Grocery*

*Wheaton's Grocery*

*White Convenience Store*

*Winpak Technologies Inc.*

S & G Enterprises  
Saunders General Store Ltd.  
Seaview Variety  
7-Eleven Stores  
Shave's PT  
Shoppers Wholesale Food Co.  
Silcorp Ltd.  
Smoke-Free Nova Scotia  
Southern Graphic Systems, Canada  
Sprinells Grocery  
SRG Thorn Service Centre  
Stuart's KwikWay  
Super I Stop  
Syndicat International des Communications Graphiques  
T.J.'s Convenience Store  
Taxi's River Convenience Store  
Terry's Restaurant  
Tigre G  ant  
Toots Management  
TRA Newfoundland  
TRA Nova Scotia  
Tripe AAA Store

*Muddy's Convenience Store*  
*N.W.I. Variety*  
*Needs and Green Gables*  
*New Minas Pipeline*  
*Newmans Riteway*  
*Normies Store*  
*North End Market*  
*Northwest Territories Health*  
*Ontario East Economic Development Commission*  
*Patsy's Mini Mart Ltd.*  
*Peters Meat Market*  
*Powells Grocery*  
*Provincial Association of Stores*  
*Quickie*  
*R & E Grocery*  
*R & G Convenience*  
*R-Con Centres Inc.*  
*Ray Butt 1991 Ltd.*  
*RDN Convenience*  
*Rich's Enterprises*  
*Riverside Variety Ltd.*  
*Roadside Convenience K\W*

*Hall's Convenience*

Hamilton, Frederick (à titre individuel)

*Heart and Stroke Foundation of Saskatchewan*

*Hill's Groceteria*

*Hilltop Kwikway*

*Holstein General Store*

*International Trademark Association*

*John Bagg & Sons Ltd.*

Kapar, Atul (à titre individuel)

*Kielly's Store*

*Kim's Golf Club Convenience Store*

*Kings Variety*

*Kingston Kwikway*

*Landside Grocery*

*Langdale's Grocery*

Laycock H. (à titre individuel)

*Lewisporte Drug Store Ltd.*

Luik, John C. (*The Niagara Institute*)

Mackenzie, Heather (à titre individuel)

MacNeil, H.J. (à titre individuel)

*Mona's Convenience*

*Mountain View Convenience*



*Drover's Store*

*East York Health Unit*

*Edna's Variety*

*Eel Brook Service Centre*

*EFKA Canada Ltd.*

*Elliott, John (à titre individuel)*

*Elliott's Irving*

*Eric's Emporium*

*Express Convenience Stores Ltd.*

*Falmouth Kwik-Way*

*Fédération canadienne des épiciers indépendants*

*Film Ink Corp. of Canada*

*Ford's 1986 Ltd.*

*Ford's Mini Mart*

*FPC Flexible Packaging Corp.*

*Fundy Spray Morel*

*Gander Esso Self Service*

*George Green & Son Ltd*

*Goodyear's Riteway*

*Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador*

*Groupe Wilco Ltée*

*H.Y. Louie Co. Ltd*

*Book Mart*

Bourget, Byron (à titre individuel)

Bowden, Jim (à titre individuel)

*British-American Tobacco Co. Ltd.*

*Brown's Gas Bar Ltd.*

*Buds Convenience Store*

*Burts Variety*

*Bypass Esso*

*C & G Amhongs General Store*

*Cambrooken Kwik-Way*

*Canns' Convenience Mart*

*Carol's Convenience*

*CD Ultramar*

Coalition canadienne pour les droits des enfants

*Colonial Woodcraft General Store*

Commission scolaire du comté de Renfrew

Conseil canadien des chefs d'entreprise

Conseil du Patronat du Québec

*Corner Superette*

*Country Pride Pharmacy*

*D.C. Groceries Ltd.*

*Davis Convenience*

## **Annexe B**

### **Liste des mémoires**

---

*A.R. King Ltd*

*A-1 Video K/W*

*Arcadia Meat Market Ltd*

*ARP Pharmacy*

*Association des détaillants en alimentation du Québec*

*Association des grossistes en médicaments du Canada*

*Association des manufacturiers canadiens*

*Association du Barreau canadien*

*Association nationale des distributeurs de tabac et de confiserie*

*Atlantic Wholesalers*

*Avondale Food Stores*

*Badcock's M/M*

*Ball Packaging Products Canada Inc.*

*Bansal Kwikway*

*Bartlett's Irving*

*The Becker Milk Co. Ltd.*

*Bird's Corner Store*

*Black Pond Convenience Store*



Organisations ou particuliers			Fascicule	Date
<i>Shorewood Packaging Corporation of Canada Ltd.</i>			3	19 avril 1994
Tom Shea, vice-président exécutif; Fred Prinzen, vice-président et gérant général de leurs opérations à Brockville et Smiths Falls; Dave Paul, Développement économique, Ville de Brockville; Eric Stille, directeur du développement économique, Ville de Smiths Falls.			2	14 avril 1994
<b>Société canadienne du cancer</b> Gary Semenchuk, président, Comité national des questions d'intérêt public; Lyné Deschênes, assistante de recherche; Ken Kyle, directeur, Questions d'intérêt public; Don Iverson, directeur, Centre de recherche sur le comportement et l'évaluation des programmes, Institut national du cancer du Canada; Rob Cunningham, consultant.			8	5 mai 1994
<b>Société d'oncologie du Canada</b> Michael Goodyear, porte-parole sur le tabac et la santé.			6	28 avril 1994
<b>Syndicat international des travailleurs et travailleuses de la boulangerie, confiserie et du tabac</b> Daniel Rondou, représentant international; Sean Kelly, représentant international.			7	3 mai 1994
<b>Université de la Colombie-Britannique</b> Richard W. Pollay, professeur de marketing.			10	12 mai 1994
Laurence Lee, maire.				



Organisations ou particuliers	Fascicule	Date
<b>Ministère de la Justice</b> Anne-Marie Trahan, sous-ministre déléguée, Droit civil; Claude Joyal, avocat-conseil, Bureau régional de Montréal.	3	19 avril 1994
<b>Ministère de la Santé de l'Ontario</b> Brenda Mitchell, gérante, Unité stratégique sur la tabac, Division de la promotion de la santé.	9	10 mai 1994
<b>Office des producteurs du tabac jaune de l'Ontario</b> Albert Bouw, président; George Gilvesy, vice-président.	9	10 mai 1994
<b>Office des producteurs du tabac jaune du Québec</b> Germain Ducharme, président; Sylvain Ethier, vice-président; Richard Desmarais, directeur.	9	10 mai 1994
<b>Ontario Convenience Stores Association</b> Russell Egerdie, directeur exécutif; Arnold Kimmel, directeur.	8	5 mai 1994
<b>R.J. Reynolds Tobacco Co. and Philip Morris International Inc.</b> Julius L. Katz, président, <i>Hills &amp; Company, International Consultants</i> ; N. David Palmeter, associé principal, Mudge Rose Guthrie Alexander & Fardon, Washington; Richard G. Dearn, associé principal, Gowling Strathy & Henderson, Ottawa.	9	10 mai 1994
<b>Rotolone Gravure Services Inc.</b> David Esch, président; Michael Butterfield, vice-président, ventes; Maurice E. Staley, gérant, <i>Standard Paper Box</i> .	6	28 avril 1994
<b>Santé Canada</b> Kent Foster, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé; Murray Kaiserman, chef intermédiaire, Unité de tabac, Direction générale de la protection de la santé; Carole Lacombe, directeur de la sécurité des produits, Direction générale de la protection de la santé.	1	12 avril 1994

Organisations ou particuliers			Fascicule	Date
<b>Conseil canadien sur le tabagisme et la santé</b> David H. Hill, c.r., président; Heather Selin, gérante, Affaires publiques et communications; Anne-Marie Comtois, adjointe exécutive.			6	28 avril 1994
<b>Conseil québécois sur le tabac et la santé</b> François Damphoussé, secrétaire-général; Denis Côté, bénévole et conseiller en publicité.			10	12 mai 1994
<b>Culbert, Harold</b> député fédéral.			7	3 mai 1994
<b>F.P. Labour Consultant Services</b> Gary Majesky, vice-président exécutif; David Fletcher, président de <i>Graphic Communications Union N-1</i> ; George Novak, secrétaire-trésorier de <i>Graphic Communications Union N-1</i> ; Norman Smith, président, Local 7635, <i>Graphic Communications Union</i> , Smiths Falls.			10	12 mai 1994
<b>Gouvernement de la Nouvelle-Écosse</b> Hon. Ron Stewart, ministre de la Santé.			10	12 mai 1994
<b>Institut canadien des brevets et marques</b> Robert Gould, secrétaire; Christopher Brett, membre du Comité législatif des marques.			8	5 mai 1994
<b>Kromacorp</b> Hamish Somerville, président et propriétaire; Steve Abbott, vice-président senior, ventes et marketing; Laurie Saywell, vice-président, fabrication.			8	5 mai 1994
<b>Lawson Mardon Packaging</b> Marcel Pilon, vice-président senior; Ron Syrkos, gérant général, Lawson Mardon Montréal; David Stacey, directeur de l'Unité des affaires; Richard Pilecki, vice-président, planification et affaires.			8	5 mai 1994
<b>Médecins pour un Canada sans fumée</b> Andrew Pipe, directeur; Catherine A. Rudick, directrice exécutive.			8	5 mai 1994

Organisations ou particuliers	Fascicule	Date
Association pulmonaire du Canada Peter MacLeod, président national; Ron Jette, directeur des communications; Steven Woodward, Action du tabac sur la santé, Royaume-Uni.	9	10 mai 1994
Campagne ontarienne d'action contre le tabac Michael Perley, directeur; Robert Cosman, conseiller senior, Fasken, Campbell, Godfrey; Richard Swan, conseiller senior; Martin J. Rothstein, président et directeur, MacLaren Lintas Inc. (Toronto).	6	28 avril 1994
Canadian Association of Chain Drug Stores Sherry Porter, directrice exécutive, Ontario Chain Drug Association; Rod Stampler, enquêteur, Linguist Avey MacDonald Baskerville; Mario Passamai, enquêteur principal, Linguist Avey MacDonald Baskerville.	9	10 mai 1994
Centre for Health Promotion Josie d'Avernas, associée, RBJ Health Management Associates.	6	28 avril 1994
Conseil canadien de la distribution alimentaire Darrell M. Rushon, président, Vente en gros; Michel Nadeau, vice-président, Affaires publiques et Services aux membres; Michel Fafard, directeur, Exploitation de détail, Hudon et Deaudelin Ltée.	8	5 mai 1994
Conseil canadien des fabricants des produits du tabac Robert Parker, président; Duncan McKie, vice-président, Decima Research; Paul M. Jacobson, <i>Jacobson Consulting Inc.</i> ; Robert Morrison, professeur en gestion, Faculté de gestion, Université McGill; Zalman Amit, Centre d'études de comportement neurobiologique, Université Concordia.	10	12 mai 1994

# Annexe A

## Liste des témoins

Organisations ou particuliers	Fascicule	Date
<i>Alberta Action on Smoking and Health</i> Roger Hodgkinson, président; Les Hagen, directeur exécutif.	10	12 mai 1994
<i>Assemblée législative de l'Ontario</i> Larry O'Connor, député, secrétaire parlementaire du ministre de la Santé.	9	10 mai 1994
<i>Assemblée législative de l'Ontario</i> Leo Jordan, député provincial; Robert Runciman, député provincial.	10	12 mai 1994
<i>Association canadienne de l'emballage</i> Alan Robinson, président; Lawrence Dworkin, consultant, Affaires gouvernementales; Steven Coulson, président.	7	3 mai 1994
<i>Association médicale canadienne</i> Richard J. Kennedy, président; Carole Guzman, secrétaire générale associée.	7	3 mai 1994
<i>Association médicale de la Colombie-Britannique</i> Frederick Bass, président du comité sur le tabac et la maladie.	10	12 mai 1994
<i>Association nationale des distributeurs de tabac et de confiserie</i> Luc Dumulon, vice-président exécutif, Richard Guindon, directeur, A.C. Limoges Inc.;	2	14 avril 1994
<i>Association pour les droits des non-fumeurs</i> Regitan Co. Ltd., Président de l'ANDTC, Mark Tobenstein, président et propriétaire, Garfield Mahood, directeur exécutif, David Sweanor, conseiller juridique senior, Luc Marial, analyste de politiques.	2	14 avril 1994





Dans l'intérêt de la santé des Canadiennes et des Canadiens, comme le suggère l'information présentée au Comité jusqu'ici et dans l'absence d'information contraire, le Comité affirme que l'emballage neutre ou générique pourrait être une étape raisonnable de la stratégie globale visant à réduire la consommation des produits du tabac

Par conséquent, le Comité recommande :

1. Que le gouvernement fédéral établisse le cadre législatif nécessaire à la banalisation de l'emballage des produits du tabac;
2. Que la loi soit introduite lorsque Santé Canada aura terminé sa propre étude sur l'efficacité de l'emballage neutre sur la consommation, si les résultats de cette étude appuient l'information disponible d'après laquelle un tel emballage réduira la consommation;
3. Que le gouvernement fédéral exige que les emballages neutres ou génériques soient conçus de manière à ce qu'ils minimisent la possibilité des produits de contrebande, et que la conception incorpore des technologies d'impression et d'emballage qui rendront l'imitation le plus difficile possible.

Le Comité a tiré plusieurs conclusions de cette étude sur la banalisation des emballages. Premièrement, il a conclu que l'emballage neutre ou générique est une composante raisonnable de la stratégie nationale progressive visant à réduire la consommation de produits du tabac. Deuxièmement, il a reconnu qu'un emballage neutre peut être conçu de façon à minimiser la contrebande des produits du tabac. Troisièmement, tout en reconnaissant la nécessité de contrebalancer l'importance de la santé par rapport aux pertes d'emplois, le Comité a jugé qu'un emballage neutre peut être conçu de façon à réduire tout impact négatif sur l'emploi. Quatrièmement, quant aux aspects juridiques, il a vivement conseillé la prudence lors de l'élaboration d'une réglementation portant sur la banalisation des emballages. Mais, enfin, le Comité a conclu que la santé des Canadiennes et des Canadiens constitue l'élément vital de toutes ses délibérations.

## CONCLUSION

Enfin, l'état de santé à long terme de la population canadienne est l'aspect qui préoccupe le plus le Comité. Il est, par conséquent, essentiel d'assurer une vie saine aux jeunes Canadiennes et Canadiens, parce que c'est en eux essentiellement que repose notre avenir collectif. Il incombe aux gouvernements de faire tout ce qui est en leur pouvoir pour réduire la consommation de tabac au pays.

Le Comité estime qu'il pourrait être également possible de réduire la consommation de tabac grâce à la banalisation, tout en maintenant le niveau d'emploi dans l'industrie du tabac. Il faudrait alors que la banalisation soit conçue de façon à circonscrire ses répercussions néfastes sur l'emploi. Le Comité reconnaît cependant que les employeurs et les travailleurs de l'industrie doivent aussi prendre conscience que le fléchissement de la consommation de tabac n'est probablement pas un phénomène passager et qu'en conséquence, l'industrie devra inévitablement s'y adapter.

D'autre part, le Comité comprend la crainte des travailleurs de perdre leur emploi et reconnaît que la banalisation pourrait avoir certaines répercussions sur l'emploi dans l'ensemble de l'industrie du tabac. Il croit que cet aspect de la question mérite d'être pris en considération, parce que l'emploi et les revenus sont aussi des facteurs qui peuvent avoir un effet déterminant sur l'état de santé d'une personne.

correspond exactement au chiffre souvent cité pour quantifier le nombre d'emplois qui seraient mis en péril si le gouvernement légiférait pour banaliser l'emballage des produits du tabac. L'AMC a aussi insisté sur la proportion importante des coûts des soins de santé attribuable à l'usage du tabac : « Les répercussions sur les coûts de l'accoutumance au tabac au Canada sont énormes. Plus de 100 000 nouveaux cas de cancer sont signalés annuellement au Canada, dont le tiers est attribuable à l'usage du tabac. Chacun de ces nouveaux cancéreux a besoin de services de diagnostic et de traitement, ce qui alourdit de plus en plus le fardeau de la maladie sur la population canadienne et grève, à la limite, nos établissements de santé déjà financièrement surchargés<sup>56</sup>. »

En fait, selon le cahier d'information préparé par Santé Canada à l'intention du Comité, les coûts des soins de santé reliés au tabagisme s'élevaient à quelque 3 milliards de dollars en 1989<sup>57</sup>. Comme le système canadien de soins de santé est financé à même les deniers publics, ces coûts sont assumés par l'ensemble de la société.

Par ailleurs, l'honorable Ron Stewart, ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse, a souligné l'importance de la question, non seulement pour ce qui est des coûts et des avantages à court terme, mais aussi en ce qui concerne l'avenir de notre société et, plus précisément, celui de nos jeunes : « Mon gouvernement est d'avis que lorsque quelque chose affecte de façon aussi flagrante la santé de la population, et particulièrement du segment de la population qui représente le meilleur de notre avenir, nous ne pouvons rester sans rien faire à attendre l'inévitable. [...] L'enfant de 12 ou 13 ans qui fume n'a aucune liberté et son avenir est, au mieux, plutôt sombre<sup>58</sup>. »

Le Comité reconnaît la nécessité d'assurer un juste équilibre entre les considérations relatives à la santé et celles portant sur les pertes d'emplois possibles. D'une part, il n'y a pas de doute que l'usage du tabac est nocif; le tabagisme est responsable de trop de décès, de maladies et de souffrances. Le tabagisme est simplement trop coûteux pour que la société canadienne puisse se permettre d'y laisser libre cours sans

<sup>56</sup> *Ibid.*, p. 4.

<sup>57</sup> Santé Canada, *Information générale sur le tabac et l'emballage neutre*, 8 avril 1994, section 1.

<sup>58</sup> L'honorable Ron Stewart, ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse, *Proceedings*, fascicule n° 10, 12 mai 1994, p. 10:16.

commercialisation de paquets contrefaits. Dans l'ensemble, les détaillants craignent d'avoir à réduire leur personnel ou à augmenter le prix d'autres produits, ce qui les rendrait moins concurrentiels sur le marché.

La Société canadienne du cancer a proposé deux solutions pour faciliter le repérage des marques par les distributeurs et les détaillants. Premièrement, elle a indiqué que : «Même avec les emballages neutres, les boîtes contenant les produits du tabac qui sont distribuées par les grossistes pourraient porter le nom et les couleurs de chaque marque, tout comme les boîtes gardées dans l'arrière-boutique des détaillants. La seule restriction porterait sur l'interdiction d'utiliser ces boîtes aux fins de la vente au détail<sup>53</sup>.» Deuxièmement, elle a précisé : «Certains détaillants ont fait valoir qu'il serait plus difficile de servir les clients si toutes les marques se ressemblaient. La solution à ce problème est simple : il suffit, par exemple, de placer les marques par ordre alphabétique sur les tablettes<sup>54</sup>.»

### C. Coûts des soins de santé attribuables au tabagisme

Si les groupes représentant les milieux de la santé reconnaissent qu'il y aurait des pertes d'emplois dans l'industrie du tabac, ils n'en attirent pas moins l'attention sur les maladies et les décès attribuables au tabagisme et sur la nécessité de mesurer l'importance des pertes d'emplois dans l'industrie du tabac et les secteurs connexes, par rapport aux économies réalisables à long terme dans les services de santé, grâce à la diminution du nombre de maladies et de décès prématurés causés par le tabagisme.

L'Association médicale canadienne rappelle que le tabagisme est à l'origine de près de 40 000 décès au Canada chaque année<sup>55</sup>. Comme l'ont reconnu les membres du Comité au cours des audiences, ce chiffre équivalait à quelque 110 décès par jour au Canada, soit 20 p. 100 de tous les décès. En l'exprimant différemment, on pourrait dire que tous les dix jours, le tabagisme tue quelque 1 200 Canadiennes et Canadiens, ce qui

<sup>53</sup> Société canadienne du cancer, *Réponses aux arguments militant contre l'emballage neutre pour les produits du tabac*, 24 mai 1994, p. 15.

<sup>54</sup> *Ibid.*

<sup>55</sup> Association médicale canadienne, *La banalisation des produits du tabac — Présentation au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes*, 3 mai 1994, p. 1.



neutre, par exemple, le fond pourrait être brun, les caractères noirs et la mise en garde pourrait être imprimée sur un fond jaune avec un mot comme «attention» ou «danger» écrit en rouge. On pourrait utiliser des photographies faisant allusion à la santé, par exemple, une représentation de deux poumons. [...] Sur la partie intérieure du paquet, celle qui glisse et qui est habituellement laissée en blanc, pourraient figurer des renseignements détaillés sur la santé, dans les deux langues officielles. La liste des douzaines d'agents cancérogènes ou toxiques contenus dans la fumée du tabac pourrait aussi y être reproduite. [...] Un numéro de téléphone à l'intention de ceux qui veulent cesser de fumer pourrait être indiqué, comme cela se fait depuis peu en Australie<sup>51</sup> ».

### 3. Grossistes et détaillants

Le Comité a aussi entendu de nombreux grossistes et détaillants qui soutiennent que la banalisation de l'emballage nuirait à leur secteur. Voici comment la Fédération canadienne des épiciers indépendants résume leur principal argument : l'aspect distinctif du paquet «joue un rôle primordial» pour repérer efficacement les marques<sup>52</sup>. Aux dires des témoins entendus, la banalisation créerait de la confusion dans les commandes, la manutention, l'expédition et la vente des produits du tabac. Certains d'entre eux ont expliqué que les difficultés d'identification allaient faire perdre du temps et, partant, faire diminuer la productivité, augmenteraient les risques d'erreurs, donneraient lieu à des plaintes de la part des consommateurs, occasionneraient des frais d'exploitation accrus à leurs entreprises membres et affecteraient leurs recettes.

Les représentants du commerce de détail ont soutenu que la banalisation ferait diminuer leurs recettes de trois façons. D'abord, ce type d'emballage les priverait des tarifs de location que leur versent actuellement les fabricants de tabac. De même, les détaillants font valoir qu'ils perdraient leur part du marché à cause des produits de contrefaçon. Enfin, certains redoutent également un fléchissement de leur marge bénéficiaire en raison de la baisse des prix qu'entraînerait la

<sup>51</sup> Société canadienne du cancer. *Réponses aux arguments militant contre l'emballage neutre pour les produits du tabac*, 24 mai 1994, p. 9.

<sup>52</sup> Fédération canadienne des épiciers indépendants. *Mémoire à l'intention du Comité permanent de la santé pour son étude sur la banalisation des produits du tabac*, avril 1994, p. 3.



Tous les représentants de l'industrie de l'emballage qui ont présenté un mémoire ou témoigné devant le Comité ont affirmé que la banalisation de l'emballage des produits du tabac leur occasionnerait de graves difficultés économiques. Ils ont expliqué que la méthode d'emballage des produits du tabac, qui nécessite un équipement spécial et une main-d'œuvre hautement spécialisée, est presque exclusive à l'industrie du tabac. Ainsi, 65 p. 100 de la production totale de Shorewood Packaging Inc. est directement reliée à l'industrie du tabac<sup>47</sup>. Une autre entreprise, en l'occurrence FPC Flexible Packaging, a indiqué que l'emballage des produits du tabac représentait près du tiers de ses ventes annuelles<sup>48</sup>. Au cours des audiences, le Comité a entendu des témoins affirmer que des compagnies d'emballage déménageraient hors du Canada, étant donné le peu de possibilités qui s'offrent à elles d'utiliser leur équipement spécial et leur main-d'œuvre hautement spécialisée à d'autres fins.

En outre, l'Association canadienne de l'emballage a signalé au Comité que la banalisation pourrait entraîner la perte de 1 200 emplois directs, et davantage encore si l'on tient compte de l'effet multiplicateur<sup>49</sup>. Les représentants de Wilco Group Ltd. ont indiqué que ces travailleurs hautement spécialisés pourraient aussi envisager d'aller s'établir dans un autre pays, en l'occurrence les États-Unis, où leurs compétences particulières sont en demande<sup>50</sup>. Selon certains témoins, cela affecterait les régions où l'industrie est établie.

Tel que mentionné précédemment, un emballage neutre sophistiqué, conçu de façon à prévenir la contrefaçon et la contrebande, pourrait aussi contribuer à maintenir le nombre d'emplois actuel dans l'industrie de l'emballage. Cet avis est également partagé par la Société canadienne du cancer, qui a formulé les suggestions suivantes à cet égard : « Un procédé d'impression multicolore pourrait toujours être utilisé pour l'emballage

<sup>47</sup> Shorewood Packaging Inc., *Procès-verbaux*, fascicule n° 3, 19 avril 1994, p. 3:6.

<sup>48</sup> FPC Flexible Packaging Corporation, *Mémoire aux membres du Comité permanent de la santé*, 25 avril 1994, p. 1.

<sup>49</sup> Association canadienne de l'emballage, *Mémoire sur l'incidence de la législation en matière de banalisation des produits du tabac présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes*, 3 mai 1994, p. 5.

<sup>50</sup> Wilco Group Ltd., *Présentation d'un mémoire au gouvernement du Canada, Chambre des communes — Comité permanent de la santé*, avril 1994, p. 2.

de vue des fabricants et estiment que la banalisation ne réduira pas la consommation de tabac, mais qu'elle favorisera plutôt l'apparition de produits de source étrangère et de contrebande, de sorte que la concurrence entre les fabricants ne pourra plus porter que sur les prix. Cette situation amène la Commission ontarienne de commercialisation du tabac jaune à tirer la conclusion suivante : « Nous craignons que les fabricants, afin d'offrir un produit à la fois compétitif et économique, n'envisagent de quitter le Canada<sup>44</sup>. »

D'après les représentants des producteurs de tabac de l'Ontario et du Québec, les fabricants qui déménageraient leurs opérations à l'étranger utiliseraient du tabac jaune moins coûteux provenant d'autres régions du monde. On a laissé entendre que certains producteurs devront peut-être abandonner leur exploitation, ce qui risque d'entraîner des pertes d'emplois et de nuire grandement à certaines localités.

Dans son rapport, le professeur Allen a indiqué que, même si la production de tabac a chuté en Ontario entre 1971 et 1991, ce ne sont pas tous les producteurs qui ont quitté le secteur : certains ont pris leur retraite tandis que d'autres ont vendu leur propriété à d'autres producteurs. Il a ajouté qu'une baisse de la consommation de cigarettes pourrait se traduire par des pertes d'emplois permanents et saisonniers, mais que les producteurs de tabac pourraient accroître leurs exportations pour compenser la baisse de leurs ventes au Canada, ou encore se convertir à d'autres cultures. Toutefois, ces entreprises agricoles génèreraient un revenu plus faible si elles substituaient au tabac d'autres types de cultures<sup>45</sup>.

Il conviendrait également de noter que Agriculture et Agro-alimentaire Canada, de concert avec les gouvernements provinciaux, a mis sur pied un Programme de diversification des producteurs de tabac afin d'aider les producteurs qui désirent abandonner cette culture<sup>46</sup>.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 9:6.

<sup>45</sup> Robert C. Allen, *Le faux dilemme — L'impact des politiques de contrôle de l'usage du tabac sur l'emploi au Canada*, février 1993, p. 26-34.

<sup>46</sup> Agriculture et Agro-alimentaire Canada, *Budget des dépenses 1994-1995, Partie III — Plan de dépenses*, p. 101.

Un autre rapport soumis au Comité présentait un point de vue différent quant à l'incidence sur l'industrie des politiques visant à réduire la consommation de tabac<sup>41</sup>. Ce rapport, préparé par le professeur Robert C. Allen, dit que même si la production de tabac était entièrement éliminée, l'incidence sur l'économie canadienne ne serait pas tragique. Faisant remarquer que l'industrie du tabac n'occupe qu'une place relativement petite dans le secteur de la fabrication, l'auteur estime que si tous les travailleurs des secteurs de la fabrication et de la culture du tabac perdaient leur emploi, le taux de chômage n'augmenterait même pas de 0,1 p. 100. Il faut toutefois admettre, ajoute-t-il, que même la politique antitabac la plus radicale ne saurait éliminer tous les emplois dans le secteur. Les emplois ne disparaîtraient que graduellement car, compte tenu de leur dépendance, tous les fumeurs n'arrêteraient pas de fumer du jour au lendemain. Toujours selon ce rapport, les pertes essayées dans l'industrie seraient éventuellement compensées par la création de nouveaux emplois ailleurs. En effet, les anciens fumeurs se tourneraient vers d'autres produits, ce qui stimulerait la création d'emplois dans d'autres secteurs.

Enfin, d'après la Société canadienne du cancer, les emballages neutres entraîneraient une baisse, et non pas une hausse, des coûts des fabricants des produits du tabac, étant donné que l'industrie investirait moins dans la conception des paquets, les études de marché, les commandes ou d'autres promotions<sup>42</sup>.

## B. Répercussions sur les industries connexes

### 1. Producteurs de tabac

Les producteurs de tabac canadiens, qui ont enregistré un chiffre d'affaires de 330 millions de dollars et employé entre 15 000 et 20 000 travailleurs saisonniers en 1993<sup>43</sup>, ont également fait part au Comité de leurs inquiétudes concernant les emballages neutres. Ils partagent le point

<sup>41</sup> Robert C. Allen, *Le faux dilemme — L'impact des politiques de contrôle de l'usage du tabac sur l'emploi au Canada*, février 1993. Ce rapport a été déposé par l'Association pour les droits des non-fumeurs le 14 avril 1994.

<sup>42</sup> Société canadienne du cancer, *Réponses aux arguments militanti contre l'emballage neutre pour les produits du tabac*, 24 mai 1994, p. 13.

<sup>43</sup> Commission ontarienne de commercialisation du tabac jaune, *Procès-verbaux*, fascicule n° 9, 10 mai 1994, p. 9:7.



réduction de la consommation (le Conseil ne croit pas que les emballages neutres réduiront le tabagisme), mais d'une concurrence plus forte de la part des importateurs et des producteurs de produits illicites<sup>36</sup>.

Un rapport commandé par le Conseil et déposé auprès du Comité<sup>37</sup> indique que la banalisation de l'emballage des produits du tabac aurait une incidence sur le chiffre d'affaires de l'industrie, qui atteignait 1,6 milliard de dollars en 1991, de même que sur les traitements et salaires versés à plus de 4 300 employés, lesquels totalisaient quelque 235 millions de dollars. La baisse des ventes et la perte de production et d'emplois toucheraient non seulement l'industrie, mais également ses fournisseurs, y compris les producteurs de tabac, les secteurs de l'imprimerie et de l'emballage, les distributeurs et les détaillants. On estime que l'industrie du tabac employait directement et indirectement 50 500 années-personnes en 1992<sup>38</sup>. Toujours d'après le rapport, la banalisation réduirait les recettes fiscales des gouvernements fédéral et provinciaux, qui atteignaient 6 milliards de dollars en 1993<sup>39</sup>. Enfin, le Conseil soutient que les emballages neutres imposeraient des coûts additionnels à l'industrie, qui dépense actuellement 30 millions de dollars pour se conformer aux nouvelles exigences en matière d'emballage et d'étiquetage imposées par la Loi réglementant les produits du tabac<sup>40</sup>.

Le Comité croit toutefois que si l'on arrivait à concevoir des emballages neutres et raffinés qui décourageraient la contrefaçon et la contrebande, les répercussions négatives de la banalisation sur l'industrie du tabac pourraient s'en trouver considérablement réduites.

---

<sup>36</sup> Conseil canadien des fabricants des produits du tabac, *La banalisation des produits du tabac — Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes*, 12 mai 1994, p. 23.

<sup>37</sup> Robert Neil Morrison, *Aspects économiques et concurrentiels de la banalisation de l'emballage*, mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 12 mai 1994.

<sup>38</sup> Commission ontarienne de commercialisation du tabac jaune, *Procès-verbaux*, fascicule n° 9, 10 mai 1994, p. 9:7.

<sup>39</sup> *Ibid.*, p. 9:25.

<sup>40</sup> Conseil canadien des fabricants des produits du tabac, *La banalisation des produits du tabac — Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes*, 12 mai 1994, p. 6.

partenaires commerciaux du Canada, qui se porteraient à la défense de leurs propres fabricants et des actionnaires de leur pays ayant une participation dans des entreprises canadiennes. Le gouvernement canadien pourrait ainsi devoir verser d'importantes indemnités.

Les organismes de santé ont répondu par une argumentation fondée sur des avis juridiques opposés affirmant que la banalisation pourrait s'avérer nécessaire pour atteindre les objectifs en matière de santé publique. Le premier ministre, la ministre de la Santé et le ministre du Commerce se sont empressés de défendre le droit du Canada de protéger la santé de sa population. Toute décision touchant les emballages neutres risquerait donc d'être soumise à l'arbitrage international, ce qui pourrait déboucher sur une décision dans un sens ou dans l'autre.

Le Comité croit qu'il faut faire preuve de prudence dans l'élaboration d'une réglementation visant la banalisation des emballages des produits du tabac. Tout d'abord, une telle réglementation devra respecter les dispositions de la Constitution et de la Charte; ensuite, il faudra porter une attention particulière aux obligations internationales du Canada.

## CONSIDÉRATIONS ÉCONOMIQUES RELATIVES À L'EMBALLAGE NEUTRE

Les arguments fournis au Comité concernant l'incidence économique possible des emballages neutres étaient plutôt contradictoires. Les représentants de l'industrie du tabac et des secteurs connexes ont déclaré que les emballages génériques nuiraient grandement à leurs activités. Les organismes de santé ont, quant à eux, affirmé que la banalisation n'aurait pas d'effets négatifs graves ou durables sur l'économie, et que les coûts des soins de santé attribuables au tabagisme méritaient une attention primordiale.

### A. *Répercussions sur les fabricants des produits du tabac*

Selon le Conseil canadien des fabricants des produits du tabac, la banalisation aurait de graves conséquences sur le niveau d'activité de l'industrie du tabac au Canada. Celles-ci ne résulteraient pas d'une



également donner un avantage concurrentiel aux fabricants étrangers, dont la publicité serait soustraite à la LRPT. D'après la Société canadienne du cancer, l'industrie canadienne du tabac ne fonctionne pas, à l'heure actuelle, dans un système de concurrence parfaite mais est plutôt assimilée à un oligopole (Imperial Tobacco détenait 67 p. 100 du marché intérieur des cigarettes en 1993)<sup>34</sup>.

### C. *Obligations internationales en matière de commerce*

Les avis qu'a reçus le Comité sur la question de savoir si la banalisation violerait les ententes internationales étaient variés, parfois contradictoires. Le Canada a signé plusieurs accords commerciaux internationaux, dont l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT), l'Accord de libre-échange (ALE) et l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA). Le GATT comprend deux accords qui pourraient avoir une incidence sur la question des emballages neutres : l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (APIC) et l'accord relatif aux obstacles du commerce. Le premier précise que la propriété intellectuelle et les marques de commerce doivent être protégées, tandis que le deuxième interdit toute réglementation technique qui dressé des obstacles injustifiés au commerce. Pour ce qui est des dispositions de l'ALENA sur la propriété intellectuelle (notamment le droit d'auteur et les marques de commerce) et sur les investissements, on considère qu'elles ont une incidence sur la banalisation des produits du tabac.

Les représentants de l'industrie du tabac, de même que certains spécialistes des droits de marque, ont affirmé que la banalisation irait à l'encontre des dispositions du GATT et de l'ALENA. Des conseillers en droits de marque représentant la R.J. Reynolds Tobacco Co. et Philip Morris International Inc. ont fait valoir que le Canada « a le droit incontesté de réglementer ce produit », mais non pas de recourir à « l'entrave des marques de commerce » en vertu des accords internationaux auxquels il participe<sup>35</sup>. Ils préviennent qu'une telle mesure pourrait provoquer des réactions de la part d'importants

<sup>34</sup> Société canadienne du cancer, *Réponse aux arguments militants contre l'emballage neutre pour les produits du tabac*, mémoire présenté aux membres du Comité permanent de la santé, 24 mai 1994, p. 19.

<sup>35</sup> Julius Katz, R.J. Reynolds Tobacco Co. et Philip Morris International Inc., *Procès-verbaux*, fascicule n° 9, 10 mai 1994, p. 9:48.

D'après certains représentants de l'industrie, limiter les moyens dont disposent les fabricants pour faire la promotion de leurs marques auprès des fumeurs au pays, pourrait aller à l'encontre des principes de la *Loi sur la concurrence*. L'imposition des emballages neutres pourrait

En effet, d'après de nombreux représentants de l'industrie du tabac, les emballages neutres pourraient constituer une atteinte aux droits des fabricants, aux termes de la *Loi sur les marques de commerce*, car cela équivaldrait à saisir des marques de commerce et à restreindre leur liberté de faire du commerce légalement. D'autres ont prétendu que la banalisation n'enlèverait pas aux fabricants des droits à l'égard des marques du commerce, mais consacrerait plutôt le droit des consommateurs d'être adéquatement informés des risques liés à l'usage du tabac, de même que la responsabilité du gouvernement de veiller à ce que les fabricants fournissent cette information de manière claire et précise. Les gouvernements ont déjà interdit bon nombre de produits ou d'activités sans verser d'indemnités aux fabricants. Par exemple, les distributeurs de cigarettes ont été interdites en vertu de la *Loi sur la vente du tabac aux jeunes*, tandis que toute une gamme de produits, à commencer par les fléchettes de pelouse à l'amiante, ont été qualifiés de dangereux, en vertu de la *Loi sur les produits dangereux*.

Un certain nombre de témoins ont laissé entendre que l'imposition des emballages neutres pourrait aller à l'encontre d'autres lois, dont la *Loi sur les marques de commerce* et la *Loi sur la concurrence*.

## **B. Possibilités de dérogation à des lois existantes**

D'après l'industrie du tabac, l'imposition des emballages neutres constitue un précédent dangereux. Elle estime que le tabac est un produit légal et que tout règlement visant à en restreindre la consommation est inapproprié. Les organismes de santé, en revanche, affirment que si le tabac était un nouveau produit, il ne serait pas autorisé sur le marché. À leur avis, c'est le seul produit légalement sur le marché qui soit dangereux quand il est utilisé conformément aux instructions du fabricant.

dont celle-ci peut être apposée sur un produit contrôlé ou sur son contenant. Ces règlements précisent également les symboles de danger qu'il convient d'utiliser et la façon dont ils peuvent être disposés sur un produit contrôlé ou sur son contenant.

# A. Cadre législatif national sur la banalisation de l'emballage des produits du tabac

Les partisans de la banalisation ont proposé deux importantes démarches législatives. Certains ont suggéré que l'on modifie la *Loi réglementant les produits du tabac*, et d'autres, la *Loi sur les produits dangereux*.

L'idée de modifier la *Loi réglementant les produits du tabac*, dont l'un des objectifs consiste à préserver les jeunes « des incitations à la consommation du tabac et du tabagisme qui peut en résulter », a grandement attiré l'attention des témoins. Les représentants des organismes de santé ont fait remarquer que lorsque la publicité sur le tabac a été interdite et que la commandite d'événements sportifs et culturels a dû se faire sous le nom du fabricant et non de la marque, l'industrie a réagi en créant des sociétés fictives portant le même nom que la marque. Ces témoins souhaiteraient que la LRPT soit modifiée de manière à interdire et les commandites par les fabricants de tabac, et les emballages distinctifs. À leur avis, l'emballage est un mini-panneau réclame, et le fait que les fumeurs arborent des paquets distinctifs équivaut à 50 ou 60 milliards de publicité par année.

Les représentants de l'industrie du tabac se sont également reportés à la LRPT, soit en signalant que des amendements seraient requis, ou en déclarant qu'il faudrait évaluer en profondeur l'efficacité de mesures comme les nouveaux messages relatifs à la santé avant d'y apporter de nouvelles modifications. La LRPT est actuellement contestée par les fabricants canadiens des produits du tabac. La contestation, que la Cour suprême doit entendre d'ici un an, repose sur deux motifs : la constitutionnalité de la loi fédérale en matière de santé publique, domaine normalement du ressort provincial, et la liberté d'expression garantie par la *Charte canadienne des droits et libertés*.

D'aucuns ont soutenu qu'un cadre législatif nécessaire pour imposer les emballages neutres existe déjà dans la *Loi sur les produits dangereux*. Les témoins ont signalé que le tabac était un produit dangereux et que cette loi permettait d'établir des règlements qui prescrivent les renseignements devant figurer sur une étiquette et la façon



goudron et en nicotine que par la présence d'additifs et de résidus de pesticides<sup>32</sup>. Toutefois, aucune preuve montrant les effets plus ou moins nocifs de divers types et de différentes sources de tabac n'a été présentée.

Selon plusieurs témoins, l'adoption d'emballages banalisés au Canada pourrait entraîner une augmentation de la contrebande de marques licites distribuées dans des paquets ordinaires à partir d'autres pays, notamment des États-Unis. Le président du Conseil canadien des fabricants des produits du tabac a déclaré que «si les fumeurs préfèrent les paquets distinctifs aussi nettement qu'on l'a dit au Comité, ils seront disposés à payer plus que le prix légal. La disparition des paquets distinctifs sur le marché relancerait la contrebande et procurerait aux contrebandiers d'importants bénéfices illícites<sup>33</sup>».

Le Comité prend au sérieux les arguments invoqués par les témoins qui craignent que la banalisation de l'emballage ne fasse augmenter la contrebande de produits du tabac. Le gouvernement doit donc envisager la possibilité d'exiger des emballages génériques qui soient aussi difficiles et coûteux à contrefaire que les paquets qui existent en ce moment sur le marché canadien. Pourquoi ne pourrait-on pas choisir des couleurs et un emballage adéquats qui auraient pour effet de rendre le paquet neutre peu attrayant tout en mettant en évidence les messages relatifs à la santé et en décourageant la contrefaçon d'emballages de cigarettes. On a proposé de doter les paquets de cigarettes d'un hologramme, comme on le fait pour la monnaie et les cartes de crédit.

Les emballages génériques compliqués et raffinés pourraient non seulement décourager la contrebande, mais également encourager l'utilisation, par l'industrie du tabac, de diverses techniques d'emballage de pointe, ce qui permettrait de protéger les emplois dans ce secteur petit, mais hautement spécialisé, de l'économie canadienne. Le Comité est conscient du fait que ces propositions, qui tentent de concilier les vues diamétralement opposées de l'industrie et des milieux de la santé, constituent un véritable défi pour le gouvernement fédéral. Des choix difficiles devront probablement être faits; c'est, toutefois, la santé de la population canadienne qui primera.

<sup>32</sup> Albert Bouw, président, Commission ontarienne de commercialisation du tabac jaune, *Procès-verbaux*, fascicule n° 9, 10 mai 1994, p. 9-8, 10.  
<sup>33</sup> Robert Parker, Conseil canadien des fabricants des produits du tabac, *Procès-verbaux*, fascicule n° 10, 12 mai 1994, p. 10:62.

Le troisième type de contrebande est celui des marques contrefaites. Tous les grands fabricants de produits du tabac ont trouvé des contrefaçons de leurs marques sur le marché canadien. Les fraudeurs ont produit des copies quasi-parfaites des vrais emballages à tous les points de vue : graphisme, couleurs, marques, messages relatifs à la santé, sceaux officiels du gouvernement du Canada portant la mention « droits acquittés » sur les emballages de cellophane. Il est dans certains cas presque impossible de distinguer les copies des produits légaux<sup>30</sup>.

On peut fort bien affirmer que les emballages neutres réduiront la contrebande, si l'on part du principe que toutes les marques vendues légalement au Canada seront distribuées dans ce type d'emballage et que seules les marques de contrebande disponibles auront un emballage distinctif. Dans ce cas, les paquets de contrebande seront immédiatement reconnaissables. Par contre, la banalisation peut favoriser quelque peu la contrebande des imitations, si celles-ci se maintiennent dans le trafic de contrebande.

Le milieu des affaires, lui, craint avant tout que les emballages neutres ne fassent augmenter la contrebande. À son avis, il pourrait être beaucoup plus simple, et moins coûteux, de contrefaire ces emballages que les paquets « sophistiqués » que l'on trouve aujourd'hui sur le marché. Comme on l'a déjà dit, même ces paquets peuvent être contrefaits par les criminels qui ont accès à un matériel et à des techniques de pointe. Il serait possible de produire des cigarettes bon marché avec du tabac de moindre qualité au Canada ou ailleurs et de les présenter dans des emballages neutres contrefaits. En outre, les réseaux de contrebande bien établis, tant au Canada qu'aux États-Unis, pourraient se remettre à l'oeuvre très rapidement sur le marché noir<sup>31</sup>. Il est également possible que le tabac utilisé dans ces produits contrefaits soit encore plus nocif pour les consommateurs que celui des marques légales, aussi bien par sa teneur en

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 13.

<sup>31</sup> Association nationale des distributeurs de tabac et de confiserie, *Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes sur les produits du tabac et l'emballage générique*, 12 mai 1994, p. 9.



<sup>28</sup> Lindquist Avey Macdonald Baskerville, *La banalisation des produits du tabac — Ses répercussions sur le marché de la contrebande du tabac* (mémoire déposé par l'Association canadienne des chaînes de pharmacie), 10 mai 1994, p. 6.

<sup>29</sup> *Ibid.*, p. 11.

Le deuxième type de contrebande concerne les imitations. Il s'agit de marques de cigarettes dont l'emballage et le nom imitent ceux de marques autorisées. Voici quelques exemples de ces marques mises sur le marché par le crime organisé : le tabac à fine coupe Player's Légère est devenu le tabac à fine coupe Sailor's Légère; les Player's Légère sont devenues les Puter's Légère; et les Du Maurier King Size sont devenues les DK'S<sup>29</sup>. Beaucoup d'autres imitations ont fait leur apparition sur le marché.

Il existe au moins trois types de contrebande de tabac. Il y a tout d'abord la contrebande de marques produites par des fabricants de tabac autorisés au Canada et dans d'autres pays, notamment aux États-Unis. Un aspect important du récent problème de contrebande de cigarettes concernait des cigarettes canadiennes exportées légalement aux États-Unis puis ramenées en fraude au Canada sans que les droits ne soient acquittés.

Le Comité a entendu des témoignages contradictoires au sujet de l'effet des emballages neutres sur la contrebande des produits du tabac, surtout des cigarettes, au Canada. Presque tous les représentants de l'industrie ont dit que cette contrebande s'intensifierait si le Canada optait pour la banalisation; les témoins des milieux de la santé ont déclaré pour leur part que les emballages neutres feraient diminuer la contrebande. Cette divergence d'opinions marquée tient au fait que les deux groupes abordent la même question à partir de points de vues différents.

Le Comité a entendu des témoignages contradictoires au sujet de la contrebande s'est considérablement résorbé depuis la réduction des taxes fédérale et provinciale fort élevées sur le tabac<sup>28</sup>. Le problème de la vente aux États-Unis, le gros de cette différence étant attribuable aux grande différence de prix entre les cigarettes canadiennes et celles du paquet sur 176. L'aggravation du phénomène s'explique par la très contrebande; au milieu des années 80, la proportion n'était que de un

ministériel de la stratégie de lutte contre les drogues, de la troisième partie de l'étude du *Centre for Health Promotion* de l'Université de Toronto et de l'étude proposée par Santé Canada.

Avant d'avoir complété son rapport, le Comité a obtenu des renseignements supplémentaires à propos des études du *Centre for Health Promotion* de l'Université de Toronto, et de Santé Canada; malheureusement, nous n'avons rien reçu quant à l'étude australienne. On est actuellement en train de déterminer le protocole pour la troisième étape de l'étude du *Centre for Health Promotion*, financée par la *Robert Wood Johnson Foundation* des États-Unis. Cette étude impliquera 70 classes d'étudiants de l'Ontario ainsi qu'un échantillon d'étudiants de l'Université de Chicago. En outre, deux des 20 groupes-cibles seront composés d'adultes afin de mesurer l'effet de l'emballage générique sur ceux-ci.<sup>26</sup> Le cadre de référence pour l'étude sur l'emballage de Santé Canada indique: « Cette initiative vise à évaluer le rôle de l'emballage comme incitation à acheter des produits du tabac, à élaborer un protocole pour l'évaluation des emballages et à concevoir des emballages destinés à rendre les produits du tabac moins attirants.<sup>27</sup> » Les deux études devraient être terminées au début de 1995.

Le Comité reconnaît que l'information additionnelle recueillie à partir de travaux de recherche soigneusement élaborés et exécutés améliorera notre compréhension quant au lien entre l'emballage et la consommation de tabac. Le Comité note avec consternation que l'industrie du tabac a présenté plusieurs opinions critiquant les études disponibles mais qu'elle n'a pas indiqué qu'elle avait financé ou avait l'intention de financer des travaux de recherche dans ce domaine.

## EFFETS POSSIBLES DE L'EMBALLAGE NEUTRE SUR LA CONTREBANDE DES PRODUITS DU TABAC

Ces dernières années, la contrebande des produits du tabac est devenue un problème grave pour les organismes d'application de la loi au Canada. Selon les témoignages présentés au Comité, en 1992, un paquet de cigarettes sur six consommées au Canada, provenait de la

<sup>26</sup> Josie d'Avernas, associée, RBJ Health Management Associates, pour le Centre for Health Promotion, Université de Toronto, *Process-verbaux*, fascicule n° 6, 28 avril 1994, p. 6:36.

<sup>27</sup> Santé Canada, *Cadre de référence pour l'étude sur l'emballage*, 7 juin 1994, p. 2.

d'arrêter de fumer<sup>22</sup>.» Il ajoute qu'«il est très probable qu'aucune étude objective ne pourra jamais «prouver» cette hypothèse entièrement fausse. Outre la quasi-impossibilité de reproduire les conditions requises du marché... toute étude est très probablement vouée à l'échec parce que, au départ, la proposition n'est pas très valable<sup>23</sup>.»

L'Association médicale canadienne, quant à elle, soulève la question du «fardeau de la preuve», et demande «jusqu'à quel point il faut des preuves avant d'agir». Son mémoire affirme que, «dans le domaine de la santé, les preuves scientifiques sont recueillies peu à peu, sur une longue période, jusqu'à ce que le poids des preuves accumulées permette de décider raisonnablement à quel moment il faut prendre des mesures de prévention de la maladie ou modifier le diagnostic ou le traitement. Le degré de preuve nécessaire pour justifier l'action est inversement proportionnel à la gravité du problème exigeant une action. Si un problème est très sérieux, on intervient fréquemment même si les preuves sont moindres<sup>24</sup>.» L'Association précise qu'«il faudra mettre en oeuvre la banalisation des produits du tabac pour en connaître précisément les effets, et non simplement en parler. L'AMC estime qu'il existe suffisamment de preuves pour dire qu'une telle mesure devrait être une partie intégrante de toute stratégie globale d'éradication de l'habitude de fumer<sup>25</sup>.»

Le Comité accepte la conclusion des organismes de santé selon laquelle l'information disponible suggère que l'emballage neutre ou générique est une composante raisonnable de la stratégie nationale visant à réduire progressivement l'usage du tabac.

### C. *Études supplémentaires*

Au cours de l'enquête, on a fait état au Comité d'autres études sur l'emballage neutre. Ces études sont, soit presque complétées, soit à des étapes variées d'élaboration. Il s'agit d'une étude australienne du Conseil

- <sup>22</sup> Conseil canadien des fabricants des produits du tabac, *La banalisation des produits du tabac : Mémoire au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes*, 12 mai 1994, p. 5.  
<sup>23</sup> *Ibid.*, p. 12.  
<sup>24</sup> Association médicale canadienne, *La banalisation des produits du tabac*, Présentation au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 3 mai 1994, p. 7.  
<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 11.



**B. Opinions sur les éléments d'information : de quelle quantité d'information avons-nous besoin?**

Les témoins s'entendent pour dire que ces quatre études ne mesurent pas directement l'efficacité des emballages neutres pour réduire la consommation de tabac. Dans les quatre cas, les emballages neutres ont été créés expressément pour la recherche, afin d'évaluer les réactions qu'ils suscitent. De plus, lorsque les emballages neutres étaient offerts, des emballages distinctifs étaient eux aussi disponibles, situation qui n'existerait pas si les emballages neutres étaient exigés par une loi au Canada.

Bien qu'ils reconnaissaient que les quatre études ne mesuraient pas directement l'efficacité des emballages neutres pour réduire la consommation de tabac, les témoins ne s'entendaient pas sur l'utilité de l'information existante pour juger de l'efficacité éventuelle des emballages neutres. Les divergences quant à l'information et à l'impact des emballages neutres sur la consommation de tabac témoignaient de l'existence de deux groupes de témoins.

D'une part, les représentants de l'industrie du tabac ont soutenu que les faits recueillis ne prouvaient pas que la banalisation aurait un effet sur les fumeurs ni sur ceux qui seraient tentés de commencer à fumer. Ils ont nié l'existence d'un lien entre la conception ou la nature du paquet et le comportement des adolescents ou des adultes qui fument. D'après eux, non seulement l'information existante est insuffisante pour conclure à un effet, mais l'argument comme tel n'est pas valide.

D'autre part, les organismes de santé ont affirmé, au contraire, que les faits étaient probants, que les emballages neutres entraîneraient une baisse de la consommation et que les preuves justifiaient la prise de mesures par le gouvernement. Ils ont soutenu que les études, sans établir avec une certitude absolue l'efficacité des emballages neutres, révélaient que la banalisation était susceptible de réduire la consommation.

Les divergences de vues entre l'industrie et les organismes de santé se reflètent dans les témoignages du Conseil canadien des fabricants des produits du tabac (CCFPT) et de l'Association médicale canadienne (AMC). D'après le Conseil, « il n'existe absolument aucune preuve crédible à l'appui de l'hypothèse voulant qu'un emballage neutre ou attrayant exerce la moindre influence dans la décision de fumer ou

L'objet de cette étude, effectuée par le *Centre for Health Promotion*, de l'Université de Toronto, était de voir si les emballages neutres pouvaient projeter des images moins positives des produits du tabac que ne le font les emballages distinctifs<sup>21</sup>. Au cours de la première phase de l'étude, 27 spécialistes du marketing et des recherches sur le tabac ont été interviewés. Les résultats des entrevues donnent à penser que la conception du paquet a un effet particulièrement puissant sur ceux qui envisagent de fumer, tentent l'expérience ou fument irrégulièrement. Par ailleurs, les emballages neutres auraient moins d'effet sur les habitudes, car c'est alors la dépendance qui est le facteur décisif.

La deuxième étape était constituée par une étude pilote auprès de 129 jeunes de 12 à 17 ans, soit le groupe d'âge où on estime généralement que la consommation de tabac débute. Ces jeunes ont été invités à répondre à un questionnaire (sur leur consommation de tabac) et à décrire leurs perceptions et attitudes à l'égard des paquets existants et des paquets neutres.

Les conclusions de l'étude ont été les suivantes : (1) les emballages neutres font disparaître les images associées aux cigarettes de marque; (2) pour les jeunes, que ceux-ci fument ou non; (3) l'emballage a plus d'influence sur les jeunes que sur les adultes et, par conséquent, la banalisation aurait plus d'effet sur les jeunes; (4) la banalisation aurait plus d'effet sur les jeunes qui envisagent de commencer à fumer; (5) l'image du produit est l'une des raisons qui contribuent à la décision de fumer, mais ce n'est pas le facteur le plus important; (6) la banalisation est un élément important d'une stratégie d'ensemble visant à faire diminuer le nombre de jeunes qui commencent à fumer, mais elle n'est pas suffisante en elle-même.

<sup>21</sup> Centre for Health Promotion, Université de Toronto, *Impact possible des emballages neutres de produits du tabac sur les attitudes et les comportements des jeunes*, étude réalisée pour la Société canadienne du cancer, 30 novembre 1993.



Selon les auteurs de l'étude, «les élèves ont constamment émis l'opinion que les emballages neutres contribueraient à décourager les enfants de commencer à fumer». En outre, «les emballages neutres ont été considérés comme ternes et ennuyeux, ce qui découragerait la curiosité et l'intérêt chez les enfants qui ne fument pas. Ainsi, les élèves ont déduit que moins de jeunes commenceraient à fumer parce que les cigarettes recevraient moins d'attention comme symboles sociaux<sup>18</sup>.»

En outre, l'étude néo-zélandaise a tenté de mesurer l'effet des messages relatifs à la santé par rapport à la stimulation qui les entourent sur le paquet. Elle a montré que les élèves se souvenaient beaucoup mieux des avertissements lorsqu'ils étaient présentés sur des emballages neutres<sup>19</sup>.

### 3. L'étude australienne

Cette étude a été décrite dans un rapport rédigé à l'intention du Conseil ministériel de la stratégie de lutte contre les drogues<sup>20</sup>. Les sujets étaient 66 personnes âgées de 12 à 20 ans, soit 31 hommes et 35 femmes, dont 32 fumeurs, 33 non-fumeurs et une personne qui venait de renoncer à la cigarette. Quatre paquets modifiés comportant des avertissements sur les dangers pour la santé, soit un paquet portant le logo habituel de la marque et trois sans aucune information autre que le nom, leur ont été soumis. Le but premier était d'évaluer les réactions des adolescents aux modifications proposées à l'emballage.

Les trois emballages neutres ont été jugés fort peu attirants, et les sujets ont estimé qu'ils détourneraient les consommateurs de l'image particulière de la marque. Selon les résultats de l'étude, l'emploi d'emballages neutres serait une nouvelle stratégie importante pour lutter contre les images positives associées à la consommation de tabac.

- <sup>18</sup> P.C. Beede, R.W. Lawson, «Brand Image Attraction : The Promotional Impact of Cigarette Packaging», département de marketing, Université d'Otago, Nouvelle-Zélande, s.d., p. 5.
- <sup>19</sup> P.C. Beede, R.W. Lawson et M. Shepherd, «Brand Image Attraction : The Promotional Impact of Cigarette Packaging : A Study of Adolescent Responses to Cigarette Plain-Packs», département de marketing, Université d'Otago, Nouvelle-Zélande, 1991, p. 11-12.
- <sup>20</sup> Centre for Behavioural Research in Cancer, *Health Warnings and Contents Labelling on Tobacco Products*, «Paper 13: Adolescents' Reactions to Cigarette Packs Modified to Increase Extent and Impact of Health Warnings», document rédigé à l'intention du Conseil ministériel de la stratégie de lutte contre les drogues, groupe de travail sur le tabac, Australie, 1992, p. 121-125.

<sup>17</sup> Jeffrey Trachtenberg, «Here's one tough cowboy», in *Forbes*, 9 février 1987, p. 108-110.

Les entrevues ont été axées sur un ensemble de paquets distinctifs de marques néo-zélandaises et d'emballages neutres, et sur un autre ensemble comprenant cette fois des paquets distinctifs de marques américaines et des emballages neutres. Les élèves ont attribué différents profils de consommateur à divers types de paquets. Alors que les différentes marques ont été associées à certains stéréotypes de consommateur et de styles de vie, les emballages neutres reflétaient des images ambiguës et n'évoquaient pas un profil de consommateur distinct.

L'objet de cette étude était d'examiner la relation entre l'emballage des cigarettes comme moyen de promotion et la consommation de tabac des adolescents. L'enquête, qui s'est faite dans 80 groupes de réflexion au moyen d'un questionnaire adressé à 568 élèves de niveau secondaire, a porté sur les aspects comportementaux, c'est-à-dire les attitudes et les opinions des sujets à l'égard des emballages distinctifs et des emballages neutres.

## 2. L'étude de Nouvelle-Zélande

Pour cette étude, on a offert à 1 546 fumeurs réguliers de Marlboro des cigarettes de cette marque à moitié prix dans des boîtes génériques brunes<sup>17</sup>. On a dit aux fumeurs, dont l'âge moyen était de 33 ans, que les cigarettes étaient d'authentiques Marlboro emballées dans la même usine. Toutefois, seulement 21 p. 100 d'entre eux se sont montrés intéressés par l'achat du paquet générique. Le chercheur conclut que les fumeurs s'identifient (eux et l'image qu'ils se font d'eux-mêmes) à une marque particulière de cigarettes, qui est représentée par l'emballage et que, si l'attrait de l'emballage était écarté, l'intérêt pour les cigarettes diminuerait, et les ventes également.

## 1. L'étude Marlboro

(adultes et adolescents, fumeurs et non-fumeurs) ont été invitées à donner leurs réactions. Chaque étude aboutit à la conclusion que l'emballage neutre enlève au produit de son attrait. Le Comité trouve révélateur qu'aucune autre étude semblable présentant des conclusions contraires ne lui ait été soumise.

Les témoins qui se sont prononcés pour ou contre la banalisation de l'emballage des produits du tabac se sont reportés à quatre études de la question, reposant sur un scénario de recherche dans lequel des personnes

#### A. *Éléments d'information présentés au Comité*

### EFFET DE L'EMBALLAGE NEUTRE SUR LA CONSOMMATION DE TABAC

Trouver une définition pratique et précise de l'emballage neutre ou générique n'est pas une mince affaire. Il faut tenir compte de plusieurs facteurs importants. Nous en abordons certains, notamment la contrefaçon et la contrebande, l'incidence économique de la banalisation sur l'industrie du tabac et les questions litigieuses que représentent les marques de commerce et la liberté d'expression commerciale. Il est clair que la simple définition avancée par Santé Canada, citée plus haut, n'est que le point de départ d'intenses débats futurs. Le Comité a toutefois été informé que le ministère entreprend présentement une vaste étude dont l'un des objectifs vise à déterminer le modèle le plus approprié pour les emballages génériques.

Aucun pays ni aucun gouvernement n'a encore imposé, par voie législative, la banalisation de l'emballage des produits du tabac. En fait, plusieurs témoins ont souligné l'importance, pour le Canada, de prendre cette initiative puisqu'il est reconnu comme un chef de file dans la lutte contre le tabagisme. Le Comité reconnaît l'importance de cette lutte, particulièrement contre la cigarette, sur la scène internationale. Toutefois, pour l'instant, il s'intéresse essentiellement à la mise en oeuvre de programmes efficaces en vue de protéger et, espérons-le, d'améliorer l'état de santé des Canadiennes et Canadiens.

De toute évidence, il faudrait cependant que tout système de couleurs soit compatible avec l'optique des partisans de la banalisation selon lesquels le manque d'attrait est l'élément clé de la stratégie. Par exemple, le Conseil canadien sur le tabagisme et la santé a exprimé l'avis que l'emballage neutre devait ressembler davantage à une boîte de médicaments sur ordonnance qu'à une boîte de bonbons<sup>16</sup>.



emballages neutres portent seulement le nom commercial du produit (dans une fonte normalisée), les avertissements prescrits et des renseignements sur le contenu<sup>14</sup>».

La Société canadienne du cancer a proposé des détails plus spécifiques au sujet des emballages neutres<sup>15</sup>. Elle avance qu'il faudrait exiger une «couleur terme et ennuyeuse»; le blanc serait inacceptable, parce qu'il évoque «la pureté et la propreté». La taille des paquets, les matériaux utilisés, les moyens de les ouvrir, les couleurs, l'emplacement du texte, la police et la taille des caractères devraient être normalisés et fixés par règlement. Chaque paquet devrait aussi porter le timbre attestant l'acquiescement des droits; il pourrait s'agir d'une bande déchirable qui ferait partie de l'emballage de cellophane.

Selon la Société, une grande partie de l'emballage serait utilisée pour mettre en évidence les messages relatifs à la santé et la liste des ingrédients toxiques du tabac. Elle propose aussi que la marque du produit, seul détail distinctif autorisé sur l'emballage, figure sur l'un des petits côtés du paquet. Faire figurer le nom sur le devant du paquet, estime-t-elle, pourrait détourner l'attention des mises en garde.

Aucune mention supplémentaire — des phrases comme «le meilleur tabac canadien» ou «goût classique» — ne serait tolérée sur le paquet. Les calendriers imprimés sur le paquet, caractéristique courante de certaines marques, seraient également interdits. Il faudrait exiger que le paquet ait une taille minimum (empêchant ainsi la commercialisation des petits paquets ou «kiddie packs»), et il pourrait y avoir avantage à exiger des paquets de taille peu commode. La texture de l'emballage serait également contrôlée, les marques en relief seraient interdites, sauf pour ce qui est des mises en garde.

Certains témoins ont émis l'idée qu'un système de couleurs pourrait être adopté dans le cadre de la proposition sur la banalisation. On a signalé qu'un tel système pourrait permettre d'indiquer la teneur en nicotine des diverses marques de cigarettes. Il pourrait aussi servir à indiquer la teneur en goudron des produits du tabac.

<sup>14</sup> Centre for Health Promotion, Université de Toronto, *Impact possible des emballages neutres de produits du tabac sur les attitudes et les comportements des jeunes*, mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 22 avril 1994, p. 1.

<sup>15</sup> Société canadienne du cancer, *La santé avant tout : Plaidoyer en faveur de l'emballage générique des produits du tabac*, présentation faite au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, avril 1994, p. 6-9.

typiquement associés aux emballages de produits de consommation, et qui trouvent fréquemment un écho dans les campagnes publicitaires, et autres documents liés aux produits de consommation. Selon une proposition soumise au Comité, il faut légiférer pour que les *emballages persuasifs* conçus par l'industrie du tabac soient remplacés par des *emballages dissuasifs*<sup>12</sup>.

L'hypothèse qui sous-tend l'objectif ou la raison d'être de la banalisation, c'est que les emballages soigneusement conçus des produits du tabac, notamment des cigarettes, stimulent en général la consommation de tabac. L'industrie du tabac soutient que ces emballages et les efforts de promotion qui y sont associés visent simplement à défendre la part de marché occupée par les marques existantes et non à persuader les consommateurs de fumer. Par contre, les groupes de santé et d'antitabagisme soutiennent que l'emballage est un outil puissant de publicité et que, lorsqu'il est combiné à la commande d'événements sportifs et culturels, il véhicule une image attrayante et persuasive du tabac et du tabagisme.

La définition précise de l'«emballage neutre» des produits du tabac, aussi appelé «emballage générique», reste encore à être déterminée. Le sous-ministre adjoint à la Direction de la protection de la santé, Santé Canada, M. Kent Foster, a proposé au Comité une définition de base : «L'emballage neutre est un emballage sans caractéristique distinctive ni marque de commerce. Les cigarettes seraient vendues dans des emballages qui seraient identiques en apparence et de la même couleur<sup>13</sup>.»

Le *Centre for Health Promotion* de l'Université de Toronto a avancé une définition un peu plus précise : «Les emballages neutres sont beiges ou blancs et portent des caractères noirs seulement. Aucune couleur, aucune marque de commerce ni aucune fonte unique n'y est utilisée. Les

<sup>12</sup> Dr Frederic Bass, Association médicale de la Colombie-Britannique, *Les emballages dissuasifs*, 3 mai 1994, p. 3.

<sup>13</sup> Kent R. Foster, sous-ministre adjoint de Santé Canada, *Notes pour une allocution*, au Comité permanent de la santé, Ottawa, 12 avril 1994, p. 2.



## DÉFINITION DE L'EMBALLAGE NEUTRE

L'objectif poursuivi au moyen de la banalisation de l'emballage des produits du tabac est généralement compris : il s'agit de rendre ces produits ni séduisants ni attirants pour les consommateurs, d'en éliminer les couleurs, la conception et le graphisme accrocheurs qui sont

Voilà dans quel contexte s'est déroulée l'étude sur la banalisation de l'emballage des produits du tabac effectuée par le Comité. Celui-ci est bien conscient des questions connexes qui découlent d'un changement aussi radical de la commercialisation des cigarettes et des autres produits du tabac. Un simple coup d'oeil à la liste des témoins entendus le prouve. Cependant, la santé de la population canadienne prime sur tout le reste. C'est vers cet objectif que tend le présent rapport. Le Comité croit que si l'emballage neutre peut, de concert avec d'autres mesures anti-tabac, réduire le nombre de personnes qui commencent ou continuent à fumer parmi les jeunes et les adultes, alors il sera un succès. L'objectif ultime reste la consommation zéro.

Ainsi convaincu que les produits du tabac sont extrêmement dangereux pour la santé, le Comité estime qu'il convient d'étudier la question de la banalisation de leur emballage dans un contexte différent de celui qui est habituellement associé à la mise en marché d'autres produits de consommation comme les friandises, les produits de beauté et les aliments. En dépit du rappel constant, par l'industrie, que le tabac est un «produit légal», cet argument superficiel, dirait-on, se fonde davantage sur le passé et la tradition que sur un motif légitime et rationnel. Le Comité croit sincèrement que le tabac est un produit unique qui est dangereux pour la santé, peu importe les quantités consommées. Le tabac est aussi unique en raison de taux de morbidité et de mortalité qui y sont associés.

Le Comité se préoccupe avant tout de la santé des Canadiennes et des Canadiens, y compris des programmes de promotion et de protection de la santé. En termes clairs et simples, la consommation du tabac nuit à la santé du consommateur et à celle de toute la société. Par conséquent, toute mesure gouvernementale visant à réduire la consommation du tabac, soit en incitant les fumeurs à renoncer à leur habitude, soit, surtout, en persuadant les jeunes de ne pas commencer à fumer, mérite qu'on s'y arrête.

de « rompre très efficacement le lien qui existe entre les marques de commerce (des produits du tabac) et le parrainage d'événements, ce qui ouvrirait la voie à l'interdiction réelle de toute forme de publicité<sup>10</sup>. »

Les partisans de la banalisation invoquent comme principal argument que les produits du tabac sont intrinsèquement différents de tous les autres produits de consommation actuellement vendus sur le marché. En effet, durant les audiences publiques, on a souvent entendu que le tabac est le seul produit de consommation qui tue l'utilisateur lorsque celui-ci le consomme exactement selon les indications du fabricant.

Il est aussi généralement admis que, si le tabac n'était pas déjà vendu au Canada, toute proposition visant à l'introduire sur le marché canadien serait rapidement et résolument rejetée. Le produit est toutefois déjà sur le marché, et des millions de Canadiennes et Canadiens le consomment régulièrement. De plus, bon nombre de ces consommateurs ont développé une dépendance au tabac, et bon nombre d'entre eux, si ce n'est la plupart, ne peuvent plus se passer de nicotine, ingédiaient naturel du tabac.

Le Comité est d'avis que la dépendance à la nicotine est un élément crucial dont il doit tenir compte dans ses recommandations. Bien qu'il n'ait pas admis que la consommation de tabac crée une dépendance à la nicotine, le président du Conseil canadien des fabricants des produits du tabac ne l'a pas non plus nié<sup>11</sup>. Le gouvernement fédéral a cependant reconnu cette dépendance, et les nouvelles mises en garde exigées par la LRPT sur les paquets de cigarettes en feront état.

Bien qu'en plus de créer une dépendance, la nicotine soit une substance chimique très toxique, ce sont en fait les divers autres produits chimiques et substances que renferme le tabac qui nuisent surtout à la santé, que le tabac soit fumé ou consommé d'autres façons, par exemple, chiqué. Certains de ces produits chimiques sont reconnus comme étant des agents cancérigènes, et d'autres, comme le monoxyde de carbone, ont divers effets toxiques.

<sup>10</sup> Médecins pour un Canada sans fumée. *Rompre le lien — Dossier en faveur de la banalisation des produits de l'industrie du tabac*, mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 5 mai 1994, p. 3.

<sup>11</sup> Robert Parker, président, Conseil canadien des fabricants des produits du tabac, *Process-verbaux*, fascicule n° 10, 12 mai 1994, p. 10:64-65.

première expérience de la cigarette avant 18 ans<sup>8</sup>. On a aussi affirmé au Comité que les fabricants de produits du tabac canadiens visent délibérément à atteindre une clientèle de moins de 18 ans<sup>9</sup>. L'industrie rejette catégoriquement cette affirmation. Quelle que soit la nature des preuves concernant la raison pour laquelle on commence à fumer, la logique impose cependant de recruter constamment de nouveaux fumeurs parmi les adolescents, voire les pré-adolescents, sans quoi l'industrie du tabac aurait depuis longtemps disparu, tout comme ses plus fidèles clients. Les fabricants de produits du tabac ne peuvent nier cette réalité.

Il est aussi très évident que, en raison des circonstances ou à dessein, le tabac et toute la panoplie du fumeur sont omniprésents dans la vie des enfants, qui sont constamment exposés aux produits du tabac et aux divers symboles commerciaux. Parmi les symboles les plus courants et les plus contestables de l'industrie du tabac, on note les commandes d'événements très suivis comme les championnats de tennis et de golf, les grands prix de course automobile, les concours hippiques et les événements culturels comme les concerts et les défilés de mode, où le lien avec les produits est évident.

*La Loi réglementant les produits du tabac (LRPT)*, entrée en vigueur en janvier 1989, vise, entre autres, à protéger les jeunes contre les incitations à consommer des produits du tabac et contre la dépendance qui peut en découler. Cette loi interdit la publicité du tabac sous toutes ses formes. De plus, elle exige que toutes les commandes d'événements sportifs et culturels se fassent sous le nom du fabricant du produit, plutôt qu'en fonction de la marque. Les fabricants de tabac ont réagi à la loi en créant de nouvelles sociétés à responsabilité limitée dont la raison sociale correspond aux marques qu'ils produisent. D'après les organismes de santé et d'antitabagisme, ces commandes reviennent, en fait, à contourner la LRPT et l'interdiction de faire de la publicité. La banalisation de l'emballage des produits du tabac permettrait, selon eux,

<sup>8</sup> United States Department of Health and Human Services, *Health Consequences of Smoking : Nicotine Addiction*, Report of the United States Surgeon General, Rockville, MD, 1988 (cité par Médecins pour un Canada sans fumée, 5 mai 1994).

<sup>9</sup> Richard W. Pollay, *L'évidence même : Le symbolisme des paquets de cigarettes et de la publicité sur le tabac*, Mémoire présenté au Comité de la santé, 3 mai 1994, p. 8.



Personne ne conteste la nocivité intrinsèque du tabac et du tabagisme, plus particulièrement de la cigarette. Les preuves médicales sont des plus éloquentes. Le tabagisme est la cause la plus importante, mais évitable, de morbidité et de décès précoces, au Canada comme dans d'autres pays développés. Chaque année, au moins 38 000 Canadiennes et Canadiens meurent de maladies reliées au tabagisme<sup>5</sup>. On a récemment annoncé que, pour la première fois, plus de femmes mourront d'un cancer du poupon, cette année, que d'un cancer du sein. En effet, d'après des données statistiques publiées par Santé Canada, le cancer du poupon tuera, en 1994, 5 600 femmes et le cancer du sein, 5 400<sup>6</sup>.

Dans le cadre de sa stratégie visant à réduire la consommation de tabac, le gouvernement fédéral considère la possibilité de légiférer en vue de rendre obligatoire l'emballage neutre des cigarettes et des autres produits du tabac au Canada. L'idée a été accueillie avec enthousiasme par tous les groupes de santé et d'antitabagisme qui ont témoigné devant le Comité permanent de la santé, dans le cadre de ses audiences publiques.

Cette banalisation cherche surtout à décourager les jeunes Canadiennes et Canadiens de fumer. Le succès commercial de l'industrie du tabac repose en grande partie sur la dépendance à la nicotine. Selon de nombreux témoins entendus par le Comité, la personne qui ne commence pas à fumer avant l'âge de 19 ans, n'en prendra vraisemblablement pas l'habitude et ne s'accoutumera pas à la nicotine. Par contre, le fumeur traitnera probablement cette dépendance comme un boulet tout au long de sa vie et, par conséquent, risque de devenir un fardeau pour la société canadienne, à mesure que sa santé en sera affectée.

Selon les témoignages entendus, la plupart des fumeurs en prennent l'habitude très tôt. L'âge moyen auquel on commence à fumer, au Canada, serait de 13 ans<sup>7</sup>, et plus des trois quarts des fumeurs font leur

<sup>5</sup> Société canadienne du cancer, *La santé avant tout : Plaidoyer en faveur de l'emballage générique des produits du tabac*, mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, avril 1994, p. 4.

<sup>6</sup> «Lung cancer to kill 5,600 women», *The Globe and Mail*, 12 mai 1994, p. 1.

<sup>7</sup> Sondage Gallup, *A Summary Report on Tobacco, Alcohol and Marijuana Use and Norms among Young People in Canada : Year 4*, Santé nationale et Bien-être social Canada, Ottawa, 1986 (cité par Médecins pour un Canada sans fumée, 5 mai 1994).

- 3 Centre national de documentation sur le tabac et la santé et Santé Canada, *Pleins feux sur : Les Canadiens et le tabac*, septembre 1993.
- 4 Ibid., *Pleins feux sur : Les jeunes et le tabac*, septembre 1993.

La principale préoccupation de ce Comité, et de la société canadienne, concerne les jeunes et le tabac. Chaque année, un nombre significatif de jeunes commencent à fumer. Il y a cependant quelques bonnes nouvelles. Depuis 1965, la proportion de fumeurs dans le groupe des 15 à 19 ans a diminué de 55 p. 100 à 21 p. 100 chez les hommes, et de 37 p. 100 à 21 p. 100 chez les femmes. Cette proportion a également décliné de façon significative dans le groupe des 20 à 24 ans. La mauvaise nouvelle, toutefois, c'est que la proportion de fumeurs chez les jeunes de 15 ans (22 p. 100 des hommes et 29 p. 100 des femmes) est supérieure à celle du groupe des 15 à 19 ans (21 p. 100). Il est clair que des programmes et des politiques plus élaborés sont nécessaires pour détourner les jeunes de l'usage du tabac<sup>4</sup>.

Bien que la prévalence du tabagisme ne cesse de diminuer depuis plusieurs décennies, les taux demeurent beaucoup trop élevés et les maladies liées au tabac vont continuer à imposer un fardeau énorme sur la société canadienne. En 1990, la proportion de fumeurs au sein de la population âgée de 15 ans et plus, était de 31 p. 100 chez les hommes et de 28 p. 100 chez les femmes. Cette proportion est plus faible qu'en 1965, alors qu'elle était de 61 p. 100 pour les hommes et de 38 p. 100 pour les femmes. Les taux les plus élevés en 1990 se retrouvaient dans le groupe des 20 à 44 ans, tandis que les plus bas étaient dans les groupes de 15 à 19 ans et de 65 ans et plus. En plus de la diminution du nombre de fumeurs (et bien que ce déclin se soit quelque peu stabilisé), il y a eu une réduction globale de la quantité de cigarettes fumées chaque jour, ce qui s'est traduit par un plus grand nombre de personnes fumant en moyenne moins de cigarettes par jour que dans les années précédentes<sup>3</sup>.

## CONTEXTE DE L'ÉTUDE

C'est pourquoi, après en avoir délibéré et après avoir examiné la demande du premier ministre et de la ministre de la Santé, le Comité permanent de la santé a entamé une étude sur la banalisation de l'emballage des produits du tabac.



# OBJETIF CONSOMMATION ZÉRO : LA BANALISATION DE L'EMBALLAGE DES PRODUITS DU TABAC

«Les ravages causés à la santé publique par le tabac sont déjà énormes. Il est impératif de prendre des mesures pour contrôler l'épidémie du tabagisme et ce, sans plus attendre. La qualité de vie de nos jeunes en dépend.»

Société canadienne du cancer<sup>1</sup>.

«Il existe un lien statistique clair entre le tabagisme et une longue liste d'effets néfastes sur la santé, notamment le cancer.»

Robert Parker, président du Conseil  
canadien des fabricants des produits  
du tabac<sup>2</sup>

## INTRODUCTION

Le 8 février 1994, le premier ministre Jean Chrétien a fait, à la Chambre des communes, une déclaration dans laquelle il annonçait la stratégie fédérale de lutte contre la contrebande des produits du tabac. Il a, entre autres, mentionné les emballages neutres : «Nous étudierons également la possibilité d'exiger des emballages sobres pour les paquets de cigarettes et demanderons au Comité permanent de la santé de faire des recommandations à ce sujet.»

Par ailleurs, dans une lettre du 16 mars suivant adressée à l'honorable Roger Simmons, président du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, l'honorable Diane Marleau, ministre de Santé Canada, précisait qu'il serait «approprié et utile» que le Comité se penche sur cette question «en priorité».

<sup>1</sup> Société canadienne du cancer, *La santé avant tout : Plaidoyer en faveur de l'emballage générique des produits du tabac*, présentation faite au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, avril 1994, p. 62.

<sup>2</sup> Robert Parker, président, Conseil canadien des fabricants des produits du tabac, *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la santé* (ci-après appelés les *Procès-verbaux*), fascicule n° 10, 12 mai 1994, p. 10:63.

30	CONCLUSION .....
31	RECOMMANDATIONS .....
33	ANNEXE A — LISTE DES TÉMOINS .....
39	ANNEXE B — LISTE DES MÉMOIRES .....
47	DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT .....
49	ANNEXE C — OPINION DISSIDENTE DU BLOC QUÉBÉCOIS .....
65	ANNEXE D — OPINION DISSIDENTE — KEITH MARTIN, DÉPUTÉ (Parti réformiste du Canada) .....
69	PROCÈS-VERBAUX .....

**OBJETIF CONSOMMATION ZÉRO :**  
LA BANALISATION DE L'EMBALLAGE DES PRODUITS DU TABAC ..... 1

**INTRODUCTION** ..... 1

**CONTEXTE DE L'ÉTUDE** ..... 2

**DÉFINITION DE L'EMBALLAGE NEUTRE** ..... 6

**EFFET DE L'EMBALLAGE NEUTRE SUR LA CONSOMMATION DE TABAC** ..... 9

    A. Éléments d'information présentés au Comité ..... 9

        1. L'étude Marlboro ..... 10

        2. L'étude de Nouvelle-Zélande ..... 10

        3. L'étude australienne ..... 11

        4. L'étude canadienne ..... 12

    B. Opinions sur les éléments d'information : de quelle quantité d'information avons-nous besoin? ..... 13

    C. Études supplémentaires ..... 14

**EFFETS POSSIBLES DE L'EMBALLAGE NEUTRE SUR LA CONTREBANDE DES PRODUITS DU TABAC** ..... 15

**CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES** ..... 19

    A. Cadre législatif national sur la banalisation de l'emballage des produits du tabac ..... 19

    B. Possibilités de dérogation à des lois existantes ..... 20

    C. Obligations internationales en matière de commerce ..... 21

**CONSIDÉRATIONS ÉCONOMIQUES RELATIVES À L'EMBALLAGE NEUTRE** ..... 22

    A. Répercussions sur les fabricants des produits du tabac ..... 22

    B. Répercussions sur les industries connexes ..... 24

        1. Producteurs de tabac ..... 24

        2. Industrie de l'emballage ..... 26

        3. Grossistes et détaillants ..... 27

    C. Coûts des soins de santé attribuables au tabagisme ..... 28



# *Le Comité permanent de la santé*

a l'honneur de présenter son

## **PREMIER RAPPORT**

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié la banalisation de l'emballage des produits du tabac, en conformité avec le *Mandat* suivant :

1. Recueillir des témoignages et examiner :
  - a) l'efficacité de l'emballage neutre des produits du tabac comme moyen de réduire la consommation et la contrebande du tabac;
  - b) les questions législatives relatives à l'emballage neutre.
2. Faire rapport sur les conclusions de l'enquête et présenter des recommandations au gouvernement fédéral.





# Membres du Comité permanent de la santé



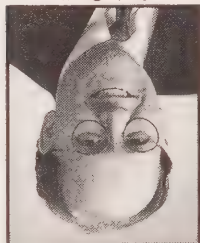
Ray Paglakhan  
Vice-président  
Libéral  
Winnipeg-Nord (Manitoba)



Margaret Bridgman  
Parti réformiste  
Surrey-Nord (C.-B.)



Hedy Fry  
Libéral  
Vancouver-Centre (C.-B.)



Andy Scott  
Libéral  
Fredericton-York-Sunbury (N.-B.)



L'hon. Roger Simmons  
Président  
Libéral  
Burin—Saint-Georges (Terre-Neuve)



Keith Martin  
Parti réformiste  
Esquimalt—Juan de Fuca (C.-B.)



Paul Szabo  
Libéral  
Mississauga-Sud (Ontario)



Pauline Picard  
Vice-présidente  
Bloc Québécois  
Drummond (Québec)



Pierre de Savoye  
Bloc Québécois  
Portneuf (Québec)



Bernard Patry  
Libéral  
Pierrefonds—Dollard (Québec)



Rose-Marie Ur  
Libéral  
Lambton—Middlesex (Ontario)

# *Le Comité permanent de la santé*

PRÉSIDENT : L'hon. Roger Simmons

VICE-PRÉSIDENT : Rey Pagtakhan  
VICE-PRÉSIDENTE : Pauline Picard

## MEMBRES

Margaret Bridgman	Bernard Patry
Pierre de Savoye	Andy Scott
Hedy Fry	Paul Szabo
Keith Martin	Rose-Marie Ur

## GREFFIÈRE DU COMITÉ :

Carmen DePape

SERVICE DE RECHERCHE DE LA BIBLIOTHÈQUE DU  
PARLEMENT :

Tom Curran

Odette Madore

Nancy Miller Chénier

Le mercredi 25 mai 1994  
Le lundi 30 mai 1994  
Le jeudi 9 juin 1994  
Le mardi 14 juin 1994

Président: Roger Simmons

Procès-verbaux et témoignages du  
Comité permanent de la

## Santé

Wednesday, May 25, 1994  
Monday, May 30, 1994  
Thursday, June 9, 1994  
Tuesday, June 14, 1994

Chair: Roger Simmons

Minutes of Proceedings and Evidence  
of the Standing Committee on

## Health

CONCERNANT:

Étude sur la banalisation des  
produits du tabac

Travaux futurs

Y COMPRIS:

Le premier rapport à la Chambre

RESPECTING:

Study on Plain Packaging of Tobacco  
Products

Future Business

INCLUDING:

The First Report to the House

Première session de la trente-cinquième

Assemblée législative, 1994

First Session of the Thirty-fifth

Parliament, 1994

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9



# OBJECTIF CONSOMMATION ZÉRO

La banalisation de l'emballage  
des produits du tabac

Rapport du Comité permanent  
de la santé

Juin 1994





Chambre des communes  
Canada

# Objectif consommation zéro

La banalisation de l'emballage  
des produits du tabac



Comité permanent de la santé  
L'hon. Roger Simmons, c.p., député  
Président

Juin 1994

CA1  
XC 28  
-H34

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 12

Tuesday, September 20, 1994

Chair: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 12

Le mardi 20 septembre 1994

Président: Roger Simmons

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on* *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Health

## Santé

---

### RESPECTING:

Briefing session on Health Canada's Tobacco Reduction Strategy

Future business of the Committee

### CONCERNANT:

Session d'information au sujet de la stratégie de réduction du tabac de Santé Canada

Travaux futurs du Comité

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



## STANDING COMMITTEE ON HEALTH

*Chair:* Roger Simmons

*Vice-Chairs:* Rey Pagtakhan  
Pauline Picard

### Members

Margaret Bridgman  
Pierre de Savoye  
Hedy Fry  
Keith Martin  
Bernard Patry  
Andy Scott  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Associate Members

Madeleine Dalphond-Guiral  
Grant Hill  
Audrey McLaughlin  
John Murphy

(Quorum 6)

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

*Président:* Roger Simmons

*Vice-présidents:* Rey Pagtakhan  
Pauline Picard

### Membres

Margaret Bridgman  
Pierre de Savoye  
Hedy Fry  
Keith Martin  
Bernard Patry  
Andy Scott  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Membres associés

Madeleine Dalphond-Guiral  
Grant Hill  
Audrey McLaughlin  
John Murphy

(Quorum 6)

*La greffière du Comité*

Nancy Hall



## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, SEPTEMBER 20, 1994  
(21)

[Text]

The Standing Committee on Health met at 9:08 o'clock a.m. this day, in Room 209, West Block, the Chairman, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Hedy Fry, Rey Pagtakhan, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Acting Member present:* Grant Hill for Keith Martin.

*Associate Member present:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore and Nancy Miller-Chénier, Research Officers.

*Witnesses: From Health Canada:* André Juneau, Assistant Deputy Minister, Policy and Consultation Branch; Carole Lacombe, Director, Office of Tobacco Control, Health Protection Branch; Dawn Walker, Director, Tobacco, Alcohol and Other Drugs Division, Health Promotion Branch; William E. Maga, Senior Policy Analyst, Health Policy Division, Policy, Planning and Information Branch.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee was briefed on Health Canada's Tobacco Reduction Strategy.

André Juneau made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 9:55 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:07 o'clock a.m., the sitting resumed *in camera*.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to discuss its future business.

It was agreed,—That the Committee invite Dr. Fraser Mustard from the Canadian Institute for Advanced Research to appear before the Health Committee the morning of Thursday, September 29, 1994, with an *in camera* future business meeting to follow.

It was agreed,—That the Committee not review the Order in Council appointments tabled in the House on Wednesday, August 17, 1994, referred to the Health Committee for consideration.

At 11:25 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 20 SEPTEMBRE 1994  
(21)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à 9 h 08, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Hedy Fry, Rey Pagtakhan, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Membre suppléant présent:* Grant Hill remplace Keith Martin.

*Membre associé présent:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller-Chénier, attachées de recherche.

*Témoins: De Santé Canada:* André Juneau, sous-ministre adjoint, Politiques et consultation; Carole Lacombe, directrice, Bureau de contrôle du tabac, Protection de la santé; Dawn Walker, directrice, Tabagisme, alcool et autres drogues, Promotion de la santé; William E. Maga, analyste principal, Analyse de la politique de la santé, Politique, planification et information.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité assiste à une séance d'information sur la stratégie de réduction du tabac de Santé Canada.

André Juneau fait un exposé puis, avec les autres témoins, répond aux questions.

À 9 h 55, la séance est suspendue.

À 10 h 07, la séance reprend à huis clos.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité discute de ses travaux à venir.

Il est convenu — Que le Comité invite le Dr Fraser Mustard, de l'Institut canadien pour la recherche avancée, dans la matinée du jeudi 29 septembre, et qu'une réunion à huis clos fasse suite à la rencontre.

Il est convenu — Que le Comité passe outre à l'examen des nominations par décret déposées à la Chambre le mercredi 17 août 1994 et qui lui ont été renvoyées.

À 11 h 25, le Comité s'ajourne jusqu'à l'appel du président.

*La greffière du Comité*

Nancy Hall

[Text]

## EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, September 20, 1994

[Translation]

## TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 20 septembre 1994

● 0907

**The Chairman:** Order, please.

Good morning, everyone. It's good to see everybody after the summer all looking spiffy. I was going to say fatter and older, but I don't have a mirror in front of me, so I can't get away with that.

This is our hearing on the tobacco reduction strategy of the Department of Health. We're glad to welcome witnesses from the department. I would ask André Juneau, whom I welcome, to introduce the other people with him.

I point out that we've allotted an hour for this. You've had the briefing material in your hand before, so I hope Mr. Juneau and his colleagues would get quickly to the chase. We read well, so there's no need to read to us what you've sent us. If you have the briefest of opening statements, that's fine, but we'd like to reserve most of the time so the committee can seek clarification or put some questions to you.

Mr. Juneau.

**Mr. André Juneau (Assistant Deputy Minister, Policy and Consultation Branch, Health Canada):** Thank you, Mr. Chairman.

My name is André Juneau. I'm the assistant deputy minister for policy and consultation in the Department of Health.

If I may, I'll introduce my colleagues. Carole Lacombe is the director of the office of tobacco control in the health protection branch of the department. Dawn Walker is the director of the tobacco, alcohol and other drugs division in the health promotion branch of the department. Bill Maga is a senior policy analyst in my branch.

● 0910

As you've said, Mr. Chairman, I have only a short, informal comment I'd like to make before we answer questions, which we'll be pleased to do.

I'd like to do three things. First, I'll give just a little bit of comment on what has happened in the last few months. Second, I'll lay out briefly the principles by which the demand reduction strategy was developed. Third, I'll outline again the status of strategy initiatives.

Members have received a copy of the release put out by ministry on September 9. I will not go over the specifics of that statement.

We think the environment surrounding tobacco continues to evolve rapidly. There's less acceptance of smoking. The tobacco industry is considered in a different light. Both sides of the issue or all sides of the issue are much more aggressive about all of

**Le président:** La séance est ouverte.

Bonjour tout le monde. Il est bon de tous vous voir en grande forme au retour des vacances. J'allais dire que tout le monde a pris de la bedaine et un petit coup de vieux, mais comme je n'ai pas de miroir devant moi, je retiens ma langue.

L'audience de ce matin porte sur la stratégie de réduction de la demande de tabac du ministère de la Santé. Nous avons le plaisir de recevoir des témoins du ministère. Je vais maintenant demander à André Juneau, à qui je souhaite la bienvenue, de nous présenter ses collaborateurs.

Je vous ferai remarquer que nous avons réservé une heure pour ce sujet. On vous a remis les notes d'information au préalable, j'espère donc que M. Juneau et ses collègues iront tout de suite droit au but. Nous savons tous lire, vous n'avez donc pas besoin de nous donner lecture de ce que vous nous avez envoyé. Il serait bon que votre déclaration liminaire soit aussi brève que possible pour que le comité ait tout le temps voulu pour obtenir des éclaircissements ou vous poser des questions.

Monsieur Juneau.

**M. André Juneau (sous-ministre adjoint, Direction générale des politiques et de la consultation, Santé Canada):** Merci, monsieur le président.

Je m'appelle André Juneau. Je suis sous-ministre adjoint responsable de la Direction générale des politiques et de la consultation au ministère de la Santé.

Avec votre permission, je vais vous présenter mes collaborateurs. Carole Lacombe est directrice du Bureau de contrôle de tabac, Direction générale de la protection de la santé. Dawn Walker est la directrice de la Division du tabagisme, de l'alcool et d'autres drogues à la Direction générale de la promotion de la santé. Bill Maga est analyste principal des politiques à ma direction.

Comme vous l'avez dit, monsieur le président, je n'ai qu'un bref commentaire officieux à faire, après quoi nous répondrons avec grand plaisir à vos questions.

Je voudrais faire trois choses. Tout d'abord, je voudrais dire quelques mots à propos des événements des derniers mois. Deuxièmement, je vous exposerai brièvement les principes qui sous-tendent la stratégie de réduction de la demande de tabac. En troisième lieu, je vous dirai où nous en sommes rendus.

Les membres du comité ont reçu un exemplaire du communiqué émis par le ministère le 9 septembre. Je n'entrerai pas dans les détails de cette déclaration.

Nous croyons que les attitudes à l'égard du tabagisme continuent à évoluer rapidement. Les gens sont devenus moins tolérants et l'industrie du tabac est vue sous un angle différent. Les deux groupes qui s'opposent dans cette affaire, sinon tous



## [Texte]

this. As well, since the last time officials appeared in front of the committee, the issue has maintained its profile in Canada as well as, I'm sure members know, in the United States as a result of a fair amount of congressional activity.

We like to think the strategy itself has an impact on the environment. The spending on tobacco-related policy and programs has gone up from \$3.5 million in 1993-94 to \$185 million over this and the next two fiscal years.

Let me say just a few words about the principles that underline the strategy.

Les principes qui animent la stratégie sont les suivants: consultation et participation; le caractère global de la stratégie; une stratégie ciblée; une dimension internationale; souplesse et évaluation.

Parlons d'abord de la consultation et de la participation. Depuis l'annonce de la stratégie, le gouvernement a travaillé de très près avec les provinces, les territoires et les organismes non gouvernementaux, en particulier pour éviter le double emploi, et nous entendons maintenir ce climat de collaboration. On discute avec les provinces d'un éventail de possibilités, tant en ce qui concerne l'application de la loi qu'en ce qui concerne les initiatives communautaires.

Il est important aussi que la stratégie ait un caractère global, puisque le tabagisme est un problème complexe. La stratégie repose donc sur toute une série de mesures, étant donné qu'aucune mesure à elle seule ne permettra d'atteindre les objectifs visés.

Il faut que ce soit une stratégie ciblée. Dans le passé, on avait tendance à mettre en place des stratégies qui visaient l'ensemble de la population. La stratégie dont on vous parle aujourd'hui est beaucoup plus ciblée. Elle vise en particulier la prévention primaire pour contribuer à empêcher les jeunes de venir grossir les rangs des fumeurs.

Il nous semble important d'agir également sur le plan international, puisque le tabagisme a atteint des proportions épidémiques dans le monde entier. Nous croyons que le Canada est bien placé pour travailler avec les autres pays et les organismes internationaux pour lutter contre le tabagisme, en particulier dans le Tiers monde. Nous pensons aussi que nous aurons davantage de chances d'atteindre nos objectifs si nous travaillons de concert avec nos partenaires à travers le monde.

La souplesse est aussi importante, puisque les facteurs qui influencent la consommation de tabac ne sont pas statiques, en particulier chez les jeunes. C'est une des raisons pour lesquelles la stratégie comporte des outils de recherche qui nous aideront à orienter nos efforts au fur et à mesure qu'évoluera la situation.

Enfin, la stratégie comporte un élément important d'évaluation qui nous permettra d'évaluer l'efficacité de tous les éléments de la stratégie et nous fournira des renseignements pour élaborer, s'il le faut, d'autres lois ou d'autres programmes à l'avenir.

I have just a few words, Mr. Chairman, on the status of initiatives. I'll just highlight some of them.

## [Traduction]

les intervenants, s'affirment beaucoup plus. En outre, depuis la dernière comparution de ces hauts fonctionnaires, la question a attiré beaucoup d'attention au Canada et, comme le savent sans doute les membres du comité, aux États-Unis à cause de toutes les discussions au Congrès.

Nous croyons que la stratégie à elle seule a un impact sur l'environnement. Les dépenses sur les politiques et programmes liés au tabac sont passées de 3,5 millions de dollars en 1993-1994 à 185 millions de dollars pour cette année et pour les deux prochains exercices financiers.

Permettez-moi de dire quelques mots à propos des principes qui sous-tendent cette stratégie.

The strategy's underlying principles are the following: consultation and involvement; the comprehensive nature of the strategy; a targeted strategy; an international bearing; flexibility and assessment.

Let us first deal with consultation and involvement. Since the strategy was announced, the government worked closely with the provinces, territories and non-government organizations to avoid duplication and we plan to maintain that cooperation. Discussions with provinces on a whole range of possibilities are being held on both enforcement of the legislation and community initiatives.

The strategy must be comprehensive since smoking is a complex problem. The strategy therefore includes a whole range of measures, since no single measure could produce the desired results.

The strategy must be targeted. In the past, the strategies would be designed to include all segments of society. The strategy we are talking about today has a far more specific target group. It focuses on primary prevention to discourage young people from taking up smoking.

It also seems important to us to work internationally, since smoking has become an epidemic worldwide. We think Canada is well-placed to work with other countries and international organizations to fight smoking, especially in the Third World. We also think we would have a better chance of reaching our goals if we work with our global partners.

It is also important that the strategy be flexible since there are any number of factors that incite people to smoke, especially young people. That is one of the reasons the strategy includes research tools that will help us focus our efforts as the situation evolves.

Finally, the strategy includes an assessment portion that will help us determine how effective all the components of the strategy are and will also provide us with information that could be used to draft other legislation or programs in the future.

Quelques mots, monsieur le président, sur la situation actuelle. Je vais vous donner quelques faits saillants.

[Text]

On the legislation and enforcement front, members are familiar with the key points, but I would like to emphasize that we are working with provinces on cooperative enforcement agreements. By such an agreement, for instance, a province could enforce federal legislation as well as its own through a resource-sharing agreement. I would also like to note that Bill C-11, when adopted, will ban the sale of cigarettes in packs smaller than 20 cigarettes.

On the public education and promotion front, which I know is dear to the heart of a number of members, I would note that yesterday the Minister of Health announced funding under the strategy for the national clearinghouse on tobacco and health. The clearinghouse is a key organization that provides both information about tobacco programs and networking services.

● 0915

On the media front, a multimedia campaign will begin in October with TV and print advertising.

With respect to community action, we are now receiving applications regarding funding from grassroots organizations and we hope to see these initiatives begin in the fall, this fall.

You also know about the announcement of the minister on September 9, which is quite dear to her heart, of the grant to the YWCA to initiate intervention programs under the women and tobacco initiative.

With respect to research, we're quite proud of the comprehensive research program on issues related to behaviour, tobacco products and consumption trends. As I said, we need it because the environment continues to evolve.

We also introduced a survey on smoking in Canada and we released results of the first cycle on August 18.

Finally, but not unimportant, as you know, the department is pursuing its study on the packaging of tobacco products and its study of plain packaging through an expert panel.

In conclusion, Mr. Chairman, the strategy represents the largest effort to date to reduce the future adverse health consequences suffered by Canadians as a result of tobacco addiction. My colleagues and I would be happy to answer your questions and questions of members of the committee. *Merci.*

**The Chairman:** Thank you, Mr. Juneau. You must have given a brilliant explanation. I have no questions.

Ms Bridgman, Mr. Szabo, Dr. Pagtakhan, in that order.

[Translation]

Les membres du comité connaissent les principaux aspects principaux de la législation et de son application, mais je tiens à vous signaler que nous sommes en train de travailler avec les provinces pour conclure des accords d'application commune. En vertu d'un tel accord, une province pourrait appliquer la loi fédérale. Il est aussi important de noter que la loi C-11, si elle est adoptée, interdira la vente de cigarettes dans des paquets contenant moins de 20 cigarettes.

Quant à la sensibilisation du public et la promotion, pour plusieurs députés un sujet qui leur tient à coeur, je vous signale que la ministre de la Santé a annoncé hier que le gouvernement financera un centre national de documentation sur le tabac et la santé dans le cadre de cette stratégie. Ce centre est un organisme clé qui offre des renseignements sur les programmes de réduction du tabagisme ainsi que sur les divers services disponibles.

Pour ce qui est des médias, une campagne multimédiasique commencera en octobre avec des messages publicitaires à la télévision et dans la presse écrite.

Quant à l'action communautaire, nous recevons en ce moment des demandes de financement des organisations populaires, et nous espérons que ces initiatives se mettront en marche dès l'automne.

Vous avez également entendu parler de l'annonce qu'a faite la ministre le 9 septembre au sujet de la subvention versée au YWCA, projet qui lui est très cher et qui vise à mettre sur pied des programmes d'intervention dans le cadre de l'initiative sur les femmes et le tabac.

Au niveau de la recherche, nous sommes très fiers du programme de recherche complet qu'on a entrepris sur les questions liées au comportement, aux produits du tabac et aux tendances de consommation. Comme je l'ai dit, nous en avons besoin parce que le milieu continue d'évoluer.

Nous avons également commandé un sondage sur la consommation du tabac au Canada et avons publié les résultats du premier cycle le 18 août.

Enfin, et c'est important comme vous le savez, le ministère poursuit son étude sur l'emballage des produits du tabac et notre comité d'experts poursuit quant à lui son étude sur la banalisation des emballages.

En conclusion, monsieur le président, la stratégie constitue l'effort le plus vigoureux qui ait été accompli jusqu'à ce jour pour réduire les conséquences néfastes de l'accoutumance au tabac sur la santé des Canadiens. Mes collègues et moi-même seront heureux de répondre à vos questions et aux questions de vos collègues du comité. *Thank you.*

**Le président:** Merci, monsieur Juneau. Votre explication a dû être brillante. Je n'ai aucune question.

Madame Bridgman, monsieur Szabo, monsieur le docteur Pagtakhan, dans cet ordre.



## [Texte]

**Ms Bridgman (Surrey North):** I have just a point of clarification on legislation and enforcement. Number one, the tobacco sales to minors, when we're talking about the percentages in relation to when our youngsters start to smoke, indicates that 31% began to smoke before 13, and then we move to 85% before 16. Does that age group span from 13 to 16? I don't quite know if the 85% includes the 31 or if it's the difference.

**Mr. William E. Maga (Senior Policy Analyst, Health Policy Division, Policy, Planning and Information Branch, Health Canada):** I don't quite understand.

**Ms Bridgman:** Okay, 31% started smoking before 13.

**Mr. Maga:** Yes.

**Ms Bridgman:** Did 85% more start smoking between the ages of 13 and 16, or does the 85 include the 31?

**Mr. Maga:** It includes the 31%.

**Ms Bridgman:** Thank you.

**Mr. Szabo (Mississauga South):** Thank you very much for the brief presentation.

Last evening and today in the paper we have more information on that London report on the long-term projections on death caused by tobacco consumption. It leads me to believe this is a very compelling piece of work that has been done there. Do we, as part of our strategy, have anything that would help to associate us with or work with or somehow collaborate with organizations that have done this kind of work so our programs aren't homemade always and inventing the wheel always? What are we doing to globalize the approach?

**Mr. Juneau:** Well, I can't comment specifically, Mr. Szabo, on your reference. I was out working last night, so I'm not familiar with that specific report, but some of my colleagues are.

The general answer to your question, based on what I said earlier, is that we work quite closely with provinces and with non-government organizations, including a variety of organizations who bring to bear their own expertise. Resources are too scarce for us to be reinventing the wheel. It's through these various networks that we make sure we are plugged in.

Maybe I could ask Bill Maga to comment on this specific study and how we take advantage of work like that.

**Mr. Maga:** Yes indeed, it's quite a compelling study. It's actually an extension of the work this particular group did two years ago. In essence, what they've done is update the data and include more countries. The big inclusions here are the countries from the former Soviet Union.

To answer your more specific question, yes, indeed, there are components of the strategy that will allow us to gain information from the experience of other countries in order to make our efforts more effective.

## [Traduction]

**Mme Bridgman (Surrey-Nord):** Je n'ai qu'un éclaircissement à demander sur la loi et son application. Premièrement, au sujet des ventes de tabac aux mineurs, lorsqu'il est question du pourcentage de jeunes gens qui commencent à fumer, on voit que 31 p. 100 commencent à fumer avant l'âge de 13 ans, et de là nous passons à 85 p. 100 avant 16 ans. Est-ce qu'il s'agit du groupe d'âge de 13 à 16 ans? Ce que je veux savoir, c'est si le 85 p. 100 comprend le 31 p. 100 ou si c'est la différence entre les deux.

**M. William E. Maga (analyste principal des politiques, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Santé Canada):** Je ne comprends pas très bien.

**Mme Bridgman:** Bon, 31 p. 100 des jeunes commencent à fumer avant l'âge de 13 ans.

**M. Maga:** Oui.

**Mme Bridgman:** Est-ce que 85 p. 100 de plus commencent à fumer entre 13 ans et 16 ans, ou est-ce que le 85 comprend le 31?

**M. Maga:** Ça comprend le 31 p. 100.

**Mme Bridgman:** Merci.

**M. Szabo (Mississauga-Sud):** Je vous remercie infiniment de votre bref exposé.

Hier soir et aujourd'hui dans le journal, on en a appris davantage sur ce rapport de Londres sur les projections à long terme des décès causés par la consommation du tabac. Ce qui m'amène à croire qu'on a accompli là-bas un travail percutant. Dans le cadre de notre stratégie, y a-t-il quoique ce soit qui nous permettrait de collaborer d'une certaine manière avec des organisations qui ont fait ce genre de travail afin que nos programmes ne soient pas uniquement conçus chez nous et afin que nous n'ayons pas à toujours réinventer la roue? Que faisons-nous pour globaliser notre méthode?

**M. Juneau:** Eh bien, monsieur Szabo, je ne peux me prononcer sur le rapport que vous citez. Je travaillais hier soir, si bien que je n'ai pas lu ce rapport, mais certains de mes collègues l'ont lu.

En réponse à votre question, de manière générale, suivant ce que j'ai dit plus tôt, nous travaillons en étroite collaboration avec les provinces et des organisations non gouvernementales, dont plusieurs organisations qui nous enrichissent de leur expertise. Avec les maigres ressources dont nous disposons, nous ne pouvons guère réinventer la roue. C'est grâce à ces divers réseaux que nous nous assurons de rejoindre tout le monde.

Avec votre permission, je demanderai à Bill Maga de vous parler de cette étude et de vous dire comment nous pouvons tirer parti d'initiatives comme celle-là.

**M. Maga:** C'est en effet une étude tout à fait fascinante. C'est en fait un prolongement du projet que ce groupe a entrepris il y a deux ans. En substance, ce qu'il a fait, c'est actualiser les données et élargir le nombre de pays. Ce qu'il y a de tout à fait nouveau ici, ce sont les pays de l'ancienne ex-Union soviétique.

● 0920

Pour répondre à votre question particulière, oui, en effet, il y a des éléments de la stratégie qui nous permettront de tirer parti de l'expérience d'autres pays afin de rendre nos efforts plus efficaces.



## [Text]

Right now, under the international component of the strategy, we're working with the U.S. on issues like research and policy development. We had our first meeting in June on that and there will be further contacts with our American counterparts upcoming. In addition, there is one project under the international component, specifically with the WHO, that will allow sharing of research done by all countries. More in particular, it will allow Canadian expertise to be distributed around the world.

**The Chairman:** Thank you.

**Mr. Pagtakhan (Winnipeg North):** I would like to express my thanks to you for the excellent briefing you've provided us this morning. I would like to note by way of beginning that the government will table its response on November 18. I think it's an excellent prediction of a specific date in response to the report of this committee, *Towards Zero Consumption*, and we look forward to that response.

In terms of the international programs, I would just like to ask what is being done by Canada in relation to harmonizing the prices of cigarettes, at least between the United States and Canada, in that price has a significant role in the anti-smoking strategy?

**Mr. Juneau:** There is no formal mechanism available to harmonize prices, but we have done a few things in that regard.

First, when Minister Marleau attended the annual meeting of the World Health Organization in Geneva, she met with the U.S. Secretary of Health and Human Services, Ms Shalala, and the two of them had a discussion on matters related to tobacco, including tobacco pricing. They made plans then to cooperate and to meet personally again, which they will do at the end of next week if all goes well.

Secondly, I hosted a meeting with our American counterparts in that area—which my colleague, Bill Maga, mentioned a minute ago—and again we discussed matters of price, which I'd already discussed when I visited Washington at the end of last year.

It's obviously very difficult for one country to influence the taxation decisions of another country. I suppose, like us, you're following the developments with respect to health reform in the United States. They included plans to raise tobacco taxes. I gather from the U.S. press we will find out at the end of next week what scope there is for action before the congressional elections on that front.

If you will, there are no formal mechanisms to harmonize prices, but there are discussions with the Americans on that subject.

**Mr. Pagtakhan:** With respect to the survey on smoking and the first results released last August 18, would you briefly share with us a summary of those results in terms of trends among beginning smokers and those who are smoking? Have they stopped smoking?

**Mr. Juneau:** With your permission, I'll ask Bill Maga, who is very closely associated with all the phases of the survey, to answer your question.

## [Translation]

À l'heure actuelle, dans le cadre du volet international de la stratégie, nous travaillons de concert avec les États-Unis sur des dossiers comme la recherche et l'élaboration des politiques. Nous avons eu notre première rencontre en juin à ce sujet et de nouvelles rencontres sont prévues avec nos homologues américains. En outre, il y a un projet du volet international, sous les auspices de l'OMS, qui permet de partager les fruits de la recherche effectuée dans tous les pays. Surtout, cela permettra de diffuser dans toutes les régions du monde la compétence acquise par le Canada dans ce domaine.

**Le président:** Merci.

**M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord):** Je voudrais vous remercier pour l'excellent exposé que vous nous avez donné ce matin. Je signale en commençant que le gouvernement déposera sa réponse le 18 novembre. Je crois que c'est une prédiction très précise quant à la date exacte à laquelle on répondra au rapport de notre comité intitulé *Objectif Consommation Zéro* et nous attendons impatiemment cette réponse.

Pour ce qui est des programmes internationaux, je voudrais savoir ce que fait le Canada pour harmoniser le prix des cigarettes, au moins entre les États-Unis et le Canada, puisque le prix est un élément important de la stratégie antitabac.

**M. Juneau:** Il n'y a aucun mécanisme officiel qui existe pour harmoniser les prix, mais nous avons quand même pris quelques mesures à cet égard.

Premièrement, quand la ministre, M<sup>me</sup> Marleau, a assisté à l'assemblée annuelle de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève, elle a rencontré le secrétaire américain à la Santé et aux Services à la personne, M<sup>me</sup> Shalala, et elles ont notamment discuté du dossier du tabac, y compris la question du prix du tabac. Elles ont alors élaboré des plans en vue de collaborer et de se rencontrer de nouveau; si tout va bien, cette rencontre aura lieu à la fin de la semaine prochaine.

Deuxièmement, j'ai présidé une réunion avec nos homologues américains, dont mon collègue Bill Maga a parlé il y a un instant, et nous avons encore une fois discuté de la question du prix, que j'avais déjà abordée lors de mon séjour à Washington à la fin de l'année dernière.

Il est évidemment très difficile pour un pays d'influer sur les décisions fiscales d'un autre pays. Je suppose que, tout comme nous, vous suivez de près le dossier de la réforme de la santé aux États-Unis. On prévoit notamment augmenter les taxes sur le tabac. S'il faut en croire la presse américaine, nous saurons à la fin de la semaine prochaine quelle est la marge de manœuvre dans ce dossier d'ici aux élections au Congrès.

Bref, il n'existe pas de mécanisme officiel pour harmoniser les prix, mais il y a des discussions à ce sujet avec les Américains.

**M. Pagtakhan:** Au sujet du sondage sur le tabac dont les résultats préliminaires ont été publiés le 18 août, pourriez-vous récapituler brièvement à notre intention les résultats de ce sondage en termes de tendance pour les fumeurs et ceux qui commencent à fumer? Les gens ont-ils cessé de fumer?

**M. Juneau:** Avec votre permission, je vais demander à Bill Maga, qui est associé de très près à toutes les étapes de ce sondage, de répondre à votre question.

## [Texte]

**Mr. Maga:** There's a couple of key points we want to address, and they are prevalence and the amount smoked per day. Also, we might want to touch upon the trends and behaviours we see in smokers with regard to quitting.

● 0925

We've seen that since 1991 the prevalence of smoking—that's the proportion of the population that does smoke—has remained steady at approximately 31%. There has been some variation within some of the gender age groups we've seen. In particular, since 1991 we have seen an increase in smoking among teens and young women aged 20 to 24, and that's something the department is quite concerned about. It's actually reflected in the emphasis the tobacco demand reduction strategy has put on youth and young women.

With regard to the amount smoked, on the encouraging side we've seen a reduction in the amount smoked in a number of gender age groups. Overall, when asked about their smoking patterns since the beginning of this year, 9% of smokers said they were smoking more. However, 22% said they were smoking less. We're starting to see a conversion from daily smokers to non-daily smokers.

I wanted to make one other point about the behaviour of smokers with respect to quitting. We view it as a very encouraging sign that approximately 75% of current smokers have quit for at least a week, and 50% of them have quit for at least a week in the last year. So right now we are seeing a concerted effort to quit among a large number of current smokers, but the fact that many of them are having trouble quitting just demonstrates the addictive power of nicotine.

**Mr. Pagtakhan:** Are you able to follow individuals in that survey design?

**Mr. Maga:** This is one of the more interesting, exciting aspects of this particular survey. It is a longitudinal study and it's the first time that anyone has ever done a longitudinal study strictly on smoking. We're going to track the same people over four cycles. We started in April and May of this year, and we will be tracking them over four cycles to see the change in behaviour. This is going to provide some very valuable information in terms of changing patterns.

**Mr. Pagtakhan:** I really think so. What else are you using that data for? You have an excellent design, but if you can plug the survey into other types of research related to the problem it will be a golden opportunity. We could save a lot in terms of research money. Is that being done in collaboration with other kinds of parameters?

**Mr. Maga:** That's what's happening right now. This particular survey on smoking in Canada is being designed to be compatible with a number of other survey elements like the youth smoking survey and some of the larger national health—

## [Traduction]

**M. Maga:** Il y a deux éléments essentiels que nous voulons aborder, à savoir la prévalence et la consommation quotidienne. Nous voudrions peut-être mentionner également les tendances et les comportements des fumeurs pour ce qui est de cesser de fumer.

Nous avons vu que depuis 1991, la prévalence du tabagisme, c'est-à-dire la proportion de la population qui fume, est demeurée constante autour d'environ 31 p. 100. Nous avons constaté des écarts plus ou moins grands dans certains groupes d'âge, selon le sexe. En particulier, depuis 1991, on constate une augmentation du tabagisme parmi les adolescents et les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans, ce qui préoccupe le ministère au plus haut point. Cette préoccupation se traduit par la grande importance accordée aux jeunes et aux jeunes femmes dans la stratégie de réduction de la demande de tabac.

Pour ce qui est de la quantité de tabac fumée, c'est plus encourageant, puisque nous avons constaté une diminution de la quantité fumée dans divers groupes d'âge. Dans l'ensemble, quand on interroge les gens sur leur comportement de fumeur depuis le début de l'année, 9 p. 100 des fumeurs disent qu'ils fument plus. Par contre, 22 p. 100 disent qu'ils fument moins. Nous commençons à percevoir une transition, un certain nombre de fumeurs ne fumant plus quotidiennement.

Je voudrais signaler un autre point au sujet du comportement des fumeurs pour ce qui est de cesser de fumer. Nous trouvons très encourageant qu'environ 75 p. 100 des fumeurs actuels ont déjà cessé de fumer pendant au moins une semaine et que 50 p. 100 d'entre eux ont cessé pendant au moins une semaine au cours de l'année dernière. On assiste donc à un effort concerté d'un grand nombre de personnes qui fument actuellement et qui veulent cesser, mais le fait que beaucoup d'entre elles aient tellement de misère à arrêter démontre à quel point l'accoutumance à la nicotine est puissante.

**M. Pagtakhan:** Ce sondage vous permet-il de suivre l'évolution des fumeurs individuellement?

**M. Maga:** C'est justement l'un des aspects les plus intéressants et les plus passionnants de ce sondage. Il s'agit d'une étude longitudinale et c'est la première fois que l'on entreprend quelque part dans le monde une étude de ce type portant exclusivement sur le tabagisme. Nous allons suivre les mêmes individus pendant quatre cycles. Nous avons commencé en avril et mai de cette année et nous allons les suivre pendant quatre cycles pour voir l'évolution de leur comportement. Cela nous donnera de très précieux renseignements pour ce qui est de l'évolution du comportement.

**M. Pagtakhan:** J'en suis convaincu. À quoi servent les données, à part cela? Vous avez un excellent concept, mais si vous pouvez utiliser les résultats du sondage pour d'autres types de recherche liés au même problème, ce sera une occasion en or. On pourrait économiser beaucoup d'argent dans le domaine de la recherche. Est-ce que cela se fait en collaboration avec d'autres paramètres?

**M. Maga:** C'est exactement ce qui se passe actuellement. Cette étude sur le tabagisme au Canada est conçue pour être compatible avec un certain nombre d'autres études comme l'enquête sur le tabagisme chez les jeunes, et d'autres enquêtes



[Text]

oriented surveys that are going to be coming along later, such as the national population health survey. We will have a series of major surveys that will allow the comparison of consistent questioning so the results will be consistent and will provide for a very large span of information over time.

**Mr. Pagtakhan:** One particular interest I have in terms of therapeutics is the use of the nicotine patch. Is it being looked into as a potential area for research?

**Mr. Maga:** Certainly methods of cessation is one issue that can be addressed within the research component of the overall strategy. But in terms of the surveys themselves, there isn't a plan right now to assess some of the effectiveness of the cessation methods.

**Ms Dawn Walker (Director, Tobacco, Alcohol and Other Drugs Division, Health Promotion Branch, Health Canada):** Let me take that one step further. There is a survey in process, and you may notice in some of your medical journals there's a reminder that physicians are going to be surveyed about what they are using for cessation. So there is no direct research on the patch, but certainly a tremendous amount of work is being done on what physicians are using to support their patients in cessation, which will be a variety of different methods.

• 0930

**Mr. Pagtakhan:** The last question I have relates to targeting, with respect to ethnicity and culture. It is my observation, although anecdotal, that there is a higher prevalence of smokers among new immigrants and new citizens. Perhaps the prevalence of smoking in their countries of origin is high to begin with, or perhaps it's a reflection of the better program we have in Canada. Do you have any data about the prevalence of smoking among immigrants and new citizens? I think that information is important in relation to targeting.

**Ms Walker:** A request for a proposal is about to go out to try to determine some information, but the anecdotal information is that it depends on the country of origin. For example, Middle Eastern women generally do not smoke. Depending on the country of origin and where the settlement is, the bigger issue we are finding is access to smoking cessation and prevention by a variety of different cultures.

While we are looking at prevalence rates, we are also looking at access and whether there are prevention programs for young people that are culturally appropriate, and whether the cessation programs and cessation assistance are appropriate to culture as well. So access seems to be a bigger issue than prevalence right now.

**Mrs. Ur (Lambton—Middlesex):** I have just one quick question. In the information I have been reading, young people who start smoking are greatly influenced by brothers, sisters, family, and peers. What is the best approach to this? I see you are funding the Y. What plans or strategy do you have to attack the family members?

[Translation]

nationales plus générales dans le domaine de la santé seront lancées plus tard, par exemple l'enquête nationale sur la santé. Nous aurons donc une série d'études importantes qui nous permettront de comparer les résultats obtenus à la suite de questionnaires semblables, ce qui nous donnera des résultats cohérents et nous fournira une information très riche avec le temps.

**M. Pagtakhan:** Sur le plan thérapeutique, je m'intéresse particulièrement à l'utilisation du timbre à la nicotine. Envisage-t-on de faire de la recherche là-dessus?

**M. Maga:** Les méthodes permettant de cesser de fumer peuvent assurément faire l'objet de travaux de recherche dans le cadre de la stratégie globale. Mais pour ce qui est des études elles-mêmes, nous ne prévoyons pas pour le moment d'évaluer les diverses méthodes utilisées pour cesser de fumer.

**Mme Dawn Walker (directrice, Division du tabagisme, de l'alcool et autres drogues, Direction de la promotion de la santé, Santé Canada):** Je voudrais ajouter quelque chose. Il y a une enquête en cours et vous remarquerez peut-être que certaines publications médicales rappellent aux médecins qu'ils feront l'objet d'un sondage sur ce qu'ils prescrivent pour arrêter de fumer. Il ne se fait donc pas de recherche précisément sur le timbre à la nicotine, mais il se fait par contre beaucoup de travail sur ce que les médecins font pour aider leurs patients à cesser de fumer et sur les différentes méthodes appliquées à cet égard.

**M. Pagtakhan:** Ma dernière question porte sur le ciblage, en rapport avec l'ethnie et la culture. J'ai observé, quoique seulement de façon anecdotique, que la prévalence du tabagisme est plus élevée parmi les immigrants et les Néo-Canadiens. Peut-être la prévalence du tabagisme est-elle élevée dans leurs pays d'origine, ou peut-être cela reflète-t-il le programme supérieur que nous avons dans ce dossier au Canada. Avez-vous des données sur la prévalence du tabagisme parmi les immigrants et les nouveaux citoyens? Je crois qu'il serait important de le savoir pour bien cibler le programme.

**Mme Walker:** Nous avons demandé une proposition en vue d'obtenir des renseignements à cet égard, mais d'après les observations préliminaires, il semble que cela dépende du pays d'origine. Par exemple, la plupart des femmes du Moyen-Orient ne fument pas. Selon le pays d'origine et l'endroit où l'immigrant s'est établi, nous avons constaté que la question la plus importante est celle de l'accès aux méthodes permettant de cesser de fumer et à la prévention par les membres de diverses cultures.

Si nous examinons les taux de prévalence, nous ne perdons jamais de vue l'accès et l'existence de programmes bien adaptés de prévention et d'aide à ceux qui veulent cesser de fumer, pour des gens appartenant à des cultures diverses. L'accès semble donc plus important que la prévalence à l'heure actuelle.

**Mme Ur (Lambton—Middlesex):** Une brève question. D'après ce que j'ai lu, les jeunes qui commencent à fumer sont grandement influencés par leurs frères, leurs sœurs, leurs familles, leurs pairs. Quelle est la meilleure façon de s'y prendre? Je vois que vous financez le YMCA/YWCA. Quels plans ou stratégies avez-vous pour rejoindre les autres membres de la famille?

[Texte]

**Ms Walker:** One of the areas that is probably most targeted is pregnant women. It begins there and in the modelling relationship between parents and children. We are trying to influence new parents and make them aware of how their behaviour affects a young person beginning to smoke. There is also the environmental tobacco smoke issue. Smoking in the home has a direct impact on the health and well-being of their young person.

At the same time we are going to be working with schools, recognizing that all young people who smoke start when they are in school. We will be talking to parents, homes and schools, and working on school-based programs. Then we will be working on peer-assisted programs.

From there we will go into the program called Quit 4 Life, which some of you may have seen. It is an adolescent, phone 1-800 cessation program. If a young person feels he has to have a cigarette and needs to talk to somebody quickly, he can actually dial a 1-800 number and get some verbal reinforcement to perhaps put off having a cigarette a little longer.

Finally, a media campaign will be coming out in the fall. It will address the effects of environmental tobacco smoke and really target the family situation. I hope that helps. A number of different programs recognize the influence of parents and family.

**Mrs. Ur:** I think that is really the key issue with young people.

**Ms Walker:** Peer pressure is a huge issue. Young people who smoke hang around with other young people who smoke. Non-smokers hang around with other non-smokers. One of the difficulties with this is young people say to us "You are telling me if I quit smoking I have to change my friends". That is a reality, so we have to try to get groups of young people to make a decision to stop smoking and work together. But the issue is bigger than one of just not smoking.

• 0935

**Mr. Hill (Macleod):** If I might go back to your statistical survey on smoking, the increase in teen smoking is fairly obvious when you go through the study. I think one of the first things you said was that this was the area you felt you needed to target. We could prevent people starting a lot easier than cessation.

In my view, the previous programs for teens were singularly ineffective. In my own community I've had an opportunity to speak with the teens. They found some of the initiatives of the tobacco cessation strategy laughable. I'm not trying to be unkind. How are you involving the teens in this strategy? I think we, as adults, miss a lot when we just think what we can do as adults.

**Mr. Juneau:** That is not being unkind. We have no pretence that all the efforts of the past were perfect. We obviously have a lot to learn, and we want to learn from past experiences and from experiences such as those you report. That's actually quite a helpful point for us to have to deal with.

[Traduction]

**Mme Walker:** Les femmes enceintes sont probablement le groupe sur lequel nous mettons le plus grand effort. Tout commence là, et aussi dans la relation modèle entre les parents et les enfants. Nous essayons d'influencer les nouveaux parents et de leur faire comprendre que leur comportement influe sur une jeune personne qui commence à fumer. Il y a aussi la question de la fumée de tabac environnementale. Le fait de fumer à la maison influence directement la santé et le bien-être des jeunes de la famille.

En même temps, nous travaillerons de concert avec les écoles, reconnaissant que tous les jeunes qui fument commencent quand ils sont à l'école. Nous nous adresserons aux parents, aux foyers, aux écoles, et nous travaillerons à des programmes axés sur l'école. Ensuite, nous lancerons des programmes axés sur les pairs.

Par la suite, nous lancerons le programme intitulé «Cessez pour la vie», que certains d'entre vous ont peut-être vu. Il s'agit d'une ligne téléphonique 1-800 pour aider les adolescents à cesser de fumer. Quand un jeune sent le besoin de fumer une cigarette et d'en parler à quelqu'un, il peut composer un numéro 1-800 et entendre une voix réconfortante qui l'encourage à peut-être remettre à un peu plus tard le geste d'allumer une cigarette.

Enfin, une campagne médiatique aura lieu à l'automne. Elle portera sur les répercussions de la fumée de tabac environnementale et visera plus précisément la famille. J'espère que tout cela aide. Un certain nombre de programmes divers reconnaissent l'influence des parents et de la famille.

**Mme Ur:** Je crois que c'est vraiment l'élément clé pour les jeunes.

**Mme Walker:** La pression exercée par les pairs a une immense importance. Les jeunes qui fument se tiennent en bande avec d'autres jeunes fumeurs. Les non-fumeurs se tiennent avec d'autres non-fumeurs. L'une des difficultés que cela pose, c'est que les jeunes nous disent: «Si j'arrête de fumer, je devrai changer d'amis». C'est la réalité, et nous devons donc essayer de faire en sorte que des groupes entiers de jeunes cessent de fumer ensemble. Mais le problème est plus large que le simple fait de ne pas fumer.

**M. Hill (Macleod):** Je voudrais revenir à votre enquête statistique sur le tabagisme. L'augmentation du tabagisme chez les adolescents ressort assez clairement. Il me semble que l'une des premières choses que vous ayez dites, est que vous estimiez que c'était là qu'il fallait faire porter les efforts. Il est beaucoup plus facile d'empêcher les gens de commencer que de les inciter à cesser.

À mon avis, les programmes précédents qui s'adressaient aux adolescents étaient singulièrement inefficaces. J'ai moi-même eu l'occasion de m'adresser à des jeunes. Ils trouvaient risibles les initiatives de la stratégie pour les inviter à cesser de fumer. Je n'essaie pas d'être méchant. Comment faites-vous participer les jeunes à cette stratégie? Je crois que nous, les adultes, ratons le coche lorsque nous réfléchissons seulement à ce que nous pouvons faire en tant qu'adultes.

**M. Juneau:** Vous ne faites pas preuve de méchanceté. Nous ne prétendons nullement que les efforts du passé étaient parfaits. Il est évident que nous avons beaucoup à apprendre et nous voulons tirer les leçons de l'expérience passée, notamment l'expérience dont vous nous faites part. Vos observations nous sont en réalité très utiles.



[Text]

**Ms Walker:** While some young people in past review of programs have certainly commented that it's laughable, I think the point we have to remember is that there was a message across to 12-, 13-, 14-year-olds, which is where the original initiative was targeted, or at least the federal initiative. At that time we were working with an overall budget of about \$3.5 million, which is a very minor budget to address a very complex issue. We're now working with a much better resource package to be able to work with young people from across the country. Anything that we do is done at this point usually through a working committee, which has a real impact.

One of the questions could have been why is it taking so long, which is a question some of you might have asked. One of the reasons we're working with our partners so closely is that we want to make sure that the next campaign has support and credibility and will have a real impact. Because of that we have to work on a daily basis with our provincial, territorial and health group partners. From there, any sort of added mechanism will be focus-tested with the target group. We've done one set of focus-testing across the country in a variety of different provinces. It's the largest focus test on specific ads that we've ever done on an ad campaign.

I think we may want to keep in mind that young people generally are skeptical about media campaigns. So what is always perceived as often the most effective media campaign in terms of recognition... Everybody knew what "Break Free" meant; they all knew the words. Any media marketing professional will feel very secure if there's an increase in recognition of the product, whether people like it or not, particularly young people. We have to be careful whether we actually use that or not as a measurement of whether something works or not. We will come out with another campaign, but we will again have young people who I'm sure are going to feel that this campaign also does not meet their needs, and we are trying to do something that has a cross-range.

Those of you who raise teenagers know that this is a general normal growth and development attitude of young people. What we have to make sure of is that we have strong partners who are working on the media campaign, who feel the information is real and that it will actually contribute to behavioural change.

**Mr. Hill:** My big worry is that the next statistical survey will show an increase in teen smoking, whereas teen smoking, over time, was going down.

I'm coming back to the price issue here. The price is a significant factor for teens. You still sound as if you're talking like an adult, looking for adult solutions to teen problems.

**Ms Walker:** No.

**Mr. Hill:** The focus test... we'll see whether or not teens accept or like... Frankly, in my view, teens are likely to say that anything adults tell them—

[Translation]

**Mme Walker:** Il est vrai que dans le cadre de l'examen des programmes, des jeunes nous ont déjà dit que c'était risible, mais je crois qu'il ne faut pas perdre de vue le fait que l'initiative originale, du moins l'initiative fédérale, s'adressait aux jeunes de 12, 13 et 14 ans. À ce moment-là, nous avions un budget global d'environ 3,5 millions de dollars, ce qui est très peu pour s'attaquer à un dossier aussi complexe. Nous avons maintenant des ressources beaucoup plus considérables et nous pouvons essayer de rejoindre les jeunes de toutes les régions du pays. Actuellement, tout ce que nous faisons passe par un comité de travail qui a son mot à dire.

Une question que vous auriez pu nous poser, c'est de savoir pourquoi cela prend tellement de temps. L'une des raisons pour lesquelles nous travaillons aussi étroitement avec nos partenaires, c'est que nous voulons nous assurer que la prochaine campagne aura des appuis, sera crédible et entraînera des résultats concrets. Pour cela, nous devons travailler quotidiennement de concert avec nos partenaires provinciaux, territoriaux et les groupes de la santé. À partir de là, tout mécanisme additionnel fera l'objet de vérifications auprès de groupes témoins de la population visée. Nous avons déjà fait des vérifications à l'aide de groupes témoins d'un bout à l'autre du pays. C'est la plus importante vérification par des groupes que nous ayons jamais faites pour une campagne publicitaire.

Il faut se rappeler que les jeunes sont en général sceptiques en matière de publicité. On mesure toujours l'efficacité d'une campagne publicitaire en termes de reconnaissance. Tout le monde a entendu le slogan «Pour une génération de non-fumeurs». N'importe quel professionnel de la publicité se sent très rassuré s'il y a une augmentation de la reconnaissance du produit, peu importe que les gens l'aiment ou non, surtout les jeunes. Il faut faire attention dans l'utilisation de cet outil pour mesurer l'efficacité d'une intervention. Nous lancerons une autre campagne, mais je suis certaine qu'il y aura encore des jeunes qui estimeront que cette campagne ne répond pas davantage à leurs besoins, mais nous essayons de rejoindre le plus grand nombre.

Si vous avez des adolescents, vous savez que c'est une attitude normale de ces jeunes qui sont en période de croissance et de développement. Nous devons nous assurer d'avoir des partenaires solides pour travailler à la campagne médiatique, des gens qui estiment que l'information est réelle et qu'elle contribuera effectivement à modifier les comportements.

**M. Hill:** Ma grande inquiétude, c'est que la prochaine enquête statistique montrera une augmentation du tabagisme chez les adolescents, alors que le phénomène du tabagisme chez les adolescents étaient en baisse.

J'en reviens à la question du prix. Le prix est un facteur important pour les adolescents. Vous donnez toujours l'impression de parler comme des adultes à la recherche de solutions d'adultes à des problèmes d'adolescents.

**Mme Walker:** Non.

**M. Hill:** L'impact ciblé... l'avenir nous dira si les adolescents acceptent ou rejettent... Je crois que tout ce que les adultes disent aux jeunes est systématiquement...



[Texte]

[Traduction]

**Ms Walker:** Is wrong.

**Mr. Hill:** —is suspect.

**Ms Walker:** I agree.

**Mr. Hill:** I'm very pessimistic about going from \$3 million to \$180 million and having an effect on teen smoking. I don't believe you'll do it with a media campaign.

**Ms Walker:** No, we won't do it with a media campaign. You're absolutely correct. A media campaign will only be one factor supported by a lot of other programs such as community programs, cessation programs, position-based programs like legislation, the enforcement of the legislation. The media campaign is but one very small part that has to reinforce a message young people hear from their parents, from the schools, from the retailers, and from the community at large. We have to put the media campaign in perspective as being one very small component.

**Mr. Hill:** If the statistical surveys persist in showing an increase in teen smoking, when will we say that we've been ineffective in our spending of resources? Let's look down the road—how long would we allow teens to increase smoking before we would say we're on the wrong approach? Would we go the whole three years?

**Mr. Juneau:** As I said in my opening remarks, the program includes a fairly elaborate evaluation component. So in some sense, in order to truly assess the impact of a multidimensional approach, as Dawn has just outlined it, you would want to wait a little while. On the other hand, I agree that three years sounds like a long time.

The next results of the survey that we mentioned will be available in November. I would like to avoid answering your question directly by saying that it's a hypothetical question. When we see the results of the next survey, we can come back and have a discussion on whether we're on the right or the wrong track.

The other appropriate answer, I believe, is that the government made a decision to have a three-year campaign or strategy. It's open to the government to decide to change its mind before the end of three years. Whether it will or not is not for me to say, and when it would is not for me to say.

**Mr. Hill:** If teens continue to smoke in increasing numbers, surely the department would not wish to persist in this direction. I'm asking for a commitment from the department that this won't just be an assessment for the sake of assessing, but will actually have some means of changing direction if this assessment shows we're ineffective.

My deepest desire is to see teens not smoke. But let's not spend \$185 million to spin our wheels, to say at the end of the day that teens are not amenable to a tobacco reduction strategy from the government.

In fact, philosophically, should the government be here? I don't know the answer to that, but I would love to know the answer. I don't want to see us just carrying on and saying that we've found something at the end of three years.

**Mme Walker:** Rejeté.

**M. Hill:** Contesté.

**Mme Walker:** Je suis d'accord avec vous.

**M. Hill:** Je ne crois pas beaucoup que passer d'une campagne antitabac de 3 millions de dollars à une campagne de 180 millions de dollars aura un effet sur les jeunes. Je ne crois pas qu'une simple campagne dans les médias sera suffisante.

**Mme Walker:** Non, nous n'y arriverons pas simplement avec une campagne dans les médias. Vous avez tout à fait raison. Cette campagne ne sera qu'un élément soutenu par toutes sortes d'autres initiatives: des programmes communautaires, des programmes pour cesser de fumer et des mesures législatives d'application concrète. Cette campagne n'est qu'un tout petit élément destiné à renforcer le message communiqué aux jeunes par leurs parents, par les écoles, par les détaillants et par l'ensemble de la collectivité. Il faut remettre cette campagne en perspective, elle n'est qu'un tout petit élément.

**M. Hill:** Si les enquêtes persistent à indiquer une augmentation du tabagisme chez les jeunes, quand reconnaitrons-nous l'inefficacité de ces dépenses? Regardons un peu plus loin. Pendant combien de temps devrons-nous laisser les jeunes fumer de plus en plus avant d'admettre que nous nous sommes trompés? Attendrons-nous trois ans?

**M. Juneau:** Comme je l'ai dit dans mes remarques préliminaires, ce programme comprend un outil d'évaluation relativement élaboré. Donc dans une certaine mesure, pour véritablement évaluer l'impact d'une approche multidimensionnelle, comme vient de vous l'expliquer Dawn, il faudra attendre un petit peu. Par contre, je conviens avec vous que trois ans cela peut paraître un peu long.

Les résultats suivants de l'enquête que nous avons mentionnée seront disponibles en novembre. Permettez-moi de ne pas répondre directement à votre question qui pour le moment reste hypothétique. Lorsque nous aurons les résultats suivants, nous pourrions revenir et déterminer si nous avons fait le bon ou le mauvais choix.

Je crois que je pourrais aussi vous répondre que le gouvernement s'est décidé pour une campagne ou une stratégie de trois ans. Le gouvernement peut tout à fait décider de changer d'idée avant la fin de ces trois ans. Ce n'est pas à moi de faire des spéculations sur ce point.

**M. Hill:** Si le nombre de jeunes qui fument augmente, le ministère ne souhaitera certainement pas persister dans cette voie. J'espère que cet exercice n'a pas simplement un but statistique et que si en cours de route le ministère s'aperçoit de l'inefficacité de cette approche, il aura les moyens de la changer.

Je souhaite ardemment que les jeunes cessent de fumer. Mais n'attendons pas d'avoir dépensé 185 millions de dollars pour se rendre compte que cette stratégie gouvernementale de réduction de la consommation de tabac n'a aucune prise sur les jeunes.

Il faudrait d'ailleurs se demander: est-ce vraiment le rôle du gouvernement? Je ne sais pas mais j'aimerais bien le savoir. Je ne voudrais pas que nous poursuivions cette initiative simplement pour pouvoir en publier les résultats dans trois ans.

[Text]

**Mr. Juneau:** It's not difficult to commit to having an ongoing series of briefings for the committee precisely on the point you raise. I can't speak for the government as a whole on whether cabinet would decide to change direction, but it would seem to make sense that options be considered over the course of the next little while should there be information along the lines you suggest.

We would like to think that the way we're going about it right now is going to maximize the chances that we're not going to find that. But it is impossible to dispute your point; it may not go the way one wants it to go. Then we'll have to see what we'll do about it.

[Translation]

**M. Juneau:** Je ne vois absolument aucun inconvénient à ce que nous venions vous voir périodiquement pour vous informer sur l'évolution de la situation. Je ne peux pas vous dire ce que décidera de faire le Conseil des ministres mais il me semblerait logique que diverses options soient envisagées au cours des prochains mois si vos hypothèses s'avéraient.

Nous espérons vivement tout faire pour que tel ne soit pas le cas. Il n'empêche que votre argument est incontestable, il est malheureusement possible que nous nous trompions. Alors, nous aviserons.

• 0945

**Ms Walker:** I think I need to make a point of clarification. While young people are targeted in the whole strategy, the media campaign is not targeting young people. I was a little concerned that our discussion had implied that the media campaign is targeting young people. Through the focus test and through discussions I think it has been determined that the best way to stop 12- and 13-year-olds from starting to smoke is to target parents about the effects of environmental tobacco smoke and modelling.

To go back to your earlier question, we're not going to come up with a media campaign to tell young people not to smoke. So we're not talking about a media campaign directly targeted to youth. We want to get to youth smoking rates, but through a longer term mechanism than just telling young people on television not to smoke.

**Mr. Scott (Fredericton—York—Sunbury):** I have two questions to follow up on what Paul and Grant said.

We've talked about international application or collaboration on other studies in the area of tobacco consumption. Have we looked at other social marketing exercises that were targeted to youth—not on tobacco but on anything? It seems to me to be a general question on how well social marketing works when it is designed and implemented by governments and the establishment and applied to people who are reluctant to accept that kind of advice.

**Ms Walker:** Actually, other countries look to us for leadership in social marketing to young people. We're seen as being at the top of the pack in social marketing to young people. We are presenting five papers at the international conference in Paris that is coming up in October. So although we are struggling with how effective our campaigns are, others generally see our campaigns. . . We share information pretty much on a daily basis.

**Mr. Scott:** My second question has to do with programs designed for pre-teens. We focused on early teens because that seems to be when the take up begins, but there seems to be something that happens. I have pre-teen children myself, and they're very anti-tobacco.

**Ms Walker:** Something happens at about 12—

**Mr. Scott:** Okay, I'll lock them up—

**Ms Walker:** —until they're 18.

**Mme Walker:** Je crois nécessaire de donner une petite précision. Alors que la cible de la stratégie ce sont les jeunes, la campagne dans les médias ne vise pas que les jeunes. Je crains que nos propos ne vous aient fait croire que la campagne dans les médias ne vise que les jeunes. L'impact ciblé et les discussions que vous avons eues nous ont permis de déterminer que le meilleur moyen d'empêcher les jeunes de 12 et 13 ans de commencer à fumer est de cibler les parents sur les effets environnementaux de la fumée et sur l'émulation.

Pour revenir à votre question précédente, notre campagne dans les médias n'aura pas pour but d'inciter les jeunes à ne pas fumer. Elle ne visera pas directement les jeunes. Notre objectif est que les jeunes fument de moins en moins, mais pas simplement en les invitant par des messages publicitaires télévisés à ne plus fumer.

**M. Scott (Fredericton—York—Sunbury):** J'ai deux questions à vous poser qui font suite à celles de Paul et de Grant.

Vous nous avez parlé de la possibilité de collaboration internationale à d'autres études sur la consommation de tabac. Vous êtes-vous intéressés à d'autres méthodes de marketing social visant les jeunes—pour n'importe quoi, pas seulement pour le tabac? Il me semble qu'il y a un doute général quant à l'efficacité du marketing social quand il est le fait des gouvernements et qu'il vise une couche de la société réfractaire à ce genre de conseil.

**Mme Walker:** En fait, ce sont les autres pays qui prennent modèle sur nous pour le marketing social visant les jeunes. Nous sommes considérés comme les meilleurs dans ce domaine. Nous présentons cinq communications à la Conférence internationale qui aura lieu à Paris en octobre. Quand bien même nous douterions de l'efficacité de nos campagnes, d'une manière générale les autres les considèrent. . . Nous échangeons des informations sur une base quasi quotidienne.

**M. Scott:** Ma deuxième question concerne les programmes destinés aux préadolescents. Jusqu'à présent, nous faisons porter nos efforts sur les tout jeunes adolescents car il semble que c'est à cet âge qu'ils sont le plus vulnérables, mais il y a un phénomène nouveau. J'ai moi-même des enfants préadolescents, et ils sont très antitabac.

**Mme Walker:** Il y a quelque chose qui se passe à environ 12 ans. . .

**M. Scott:** Très bien, je vais les enfermer. . .

**Mme Walker:** . . . et cela dure jusqu'à 18 ans.



[Texte]

**Mr. Scott:** Are there programs designed to somehow understand what happens between the time they think tobacco is terrible and they start smoking?

**Ms Walker:** That is the absolute toughest nut to crack and it's the one thing that we sit and talk with our partners about. Part of your question is how soon we start. We start at the age of three with pre-school anti-tobacco, anti-smoking programs. At about grade eight or nine that transition is all locked up with normal growth and development risk behaviour. It's tied up with anti-establishment, anti-parent. . . Unfortunately, the smoking habit often gets picked up with other issues. It's the increase in injuries, in alcohol use and other drug use.

That is the toughest nut to crack, and it's one of the reasons we have to start pulling these issues together. We're dealing with self-esteem and with young people identifying with peers as opposed to family.

I wish I had the answers for you on this one, but that's one of the reasons we're doing the behavioural research that we're doing. We're trying to talk to young people about what made the difference for them between the ages of 11 and 13. What was the influence? Do the marketing practices of the cigarette industry have some impact? Is it cool? Do you think you'll stay slimmer? Do you want to be part of the crowd? It's a really good first line for a young person who wants to meet somebody new and feels left out of the crowd to walk up and ask someone for a light. It's the easiest thing to do. It immediately gets you into a conversation. It's welcoming. People generally don't say no.

● 0950

That's the type of influence we're trying to get to. You have to give your kids another line to meet their friends.

**Mr. Scott:** Thank you.

**The Chairman:** Maybe you could tell us what's happening on your plain-packaging study. Are you still on time in terms of your deadline for December?

**Mr. Juneau:** We'd be happy to do that. I'll ask Carole Lacombe, who's very close to this study, to address your specific question.

**Ms Carole Lacombe (Director, Tobacco, Alcohol and Other Drugs Division, Health Promotion Branch, Health Canada):** Our study framework is on time. There are four components to the study framework. There is a literature review. There's a preliminary study of youth attitudes to help us in establishing parameters for better measurement tools to do further studies, which are effect studies and perception studies. So far we have a preliminary bibliography for our literature review. We have also undertaken this study on youth attitudes. We're looking at the data. This data serves as input for two other types of studies, which are effect studies and perception studies. We are on track.

**The Chairman:** Do you have any results or findings to report at this point in time?

[Traduction]

**M. Scott:** Y a-t-il des programmes devant permettre de comprendre ce qui se passe entre le moment où ils pensent que le tabac c'est horrible et celui où ils commencent à fumer?

**Mme Walker:** C'est le point le plus difficile à élucider et c'est celui dont nous discutons en permanence avec nos partenaires. Vous me demandez à partir de quel âge? Nous commençons à l'âge de 3 ans avec des programmes antitabac et antifumée pour les préscolaires. En huitième ou en neuvième, cette transition est totalement associée au comportement normal de croissance et de développement face aux risques. Elle est le résultat d'une attitude négative envers l'autorité, les parents. . . Malheureusement, fumer aggrave souvent d'autres problèmes. Les accidents, l'alcoolisme, la drogue, etc.

C'est le problème le plus difficile et c'est une des raisons pour lesquelles il faut considérer ces problèmes comme un tout. C'est un problème de respect et d'identification avec les pairs par opposition à la famille.

Je souhaiterais pouvoir vous répondre, mais c'est une des raisons pour lesquelles nous faisons ces recherches sur le comportement. Nous essayons de déterminer ce qui a fait basculer ces jeunes entre l'âge de 11 et 13 ans. Qui les a influencés? Les pratiques de commercialisation de l'industrie de la cigarette ont-elles un impact? Est-ce que ça donne un genre? Est-ce que ça empêche de grossir? Est-ce que c'est pour être comme les autres? Pour le jeune qui veut rencontrer quelqu'un de nouveau et qui se sent un peu rejeté, demander du feu est un excellent prétexte. C'est le moyen le plus facile. C'est le moyen d'engager immédiatement la conversation. C'est une porte ouverte. Généralement, on ne refuse pas de donner du feu.

C'est le genre d'influence que nous essayons d'analyser. Il faut apprendre à nos enfants d'autres moyens de se faire des amis.

**M. Scott:** Merci.

**Le président:** Vous pourriez peut-être nous dire où en est votre étude sur les paquets banalisés. Êtes-vous toujours dans les temps pour respecter votre délai du mois de décembre?

**M. Juneau:** Avec plaisir. Je vais demander à Carole Lacombe, qui suit de très près cette étude, de vous répondre.

**Mme Carole Lacombe (directrice, Division du tabagisme, de l'alcool et des autres drogues, Direction générale de la promotion de la santé):** Nous sommes dans les temps. L'étude comporte quatre éléments. Il y a l'examen de toute la documentation existante. Il y a une étude préliminaire sur le comportement des jeunes qui doit nous aider à établir des paramètres pour fabriquer de meilleurs instruments de mesure pour des études ultérieures, des études sur les effets et sur les perceptions. Pour le moment, nous avons une bibliographie préliminaire pour notre examen de la documentation existante. Nous avons également entrepris l'étude sur le comportement des jeunes. Nous étudions les données. Ces données serviront pour deux autres types d'études, les études sur les effets et les études sur les perceptions. Nous sommes dans les temps.

**Le président:** Avez-vous déjà des résultats ou des conclusions à nous communiquer?

[Text]

**Ms Lacombe:** No results to report at this time.

**The Chairman:** I am sure there is a good explanation to this. As a taxpayer, I am amused to hear that you have a tentative bibliography. I guess you have. Lord liftin' screechin', if the crowd in Health Canada are just getting around to finding out what's written on plain packaging, then we're in real trouble, aren't we? You just have a bibliography identified at this point in time? I thought you would have had it read, digested and acted on by now. You're just reading the literature on what's available on plain packaging?

**Ms Lacombe:** No, I said we have finished a review of the literature and we have now an annotated bibliography.

**The Chairman:** Okay, that's a little better. So you've done that part.

**Ms Lacombe:** Yes.

**The Chairman:** When does the expert panel move into action?

**Ms Lacombe:** The expert panel has moved into action since June. It was established on June 20 or 21.

**The Chairman:** When will it make its recommendations?

**Ms Lacombe:** It's targeted for the end of the year.

**The Chairman:** Okay.

**Ms Lacombe:** You have received a copy of the study framework that outlines the details of the framework.

**The Chairman:** Dr. Pagtakhan wants another go. Let's make it a quick one because we'd like to finish up on time.

**Mr. Pagtakhan:** I'd just like to add that you may want to consult with the Secretary of State for Multiculturalism and the Minister of Citizenship to see how it can help.

Along the lines of when to stop the strategy, I think we have to be very cautious. Is this a real three-year campaign? I would like to believe that the part of this campaign that is a monitoring mechanism designed to terminate it in one year would be so premature as to waste everything. As you said, the data available will be so sufficient as to make a meaningful conclusion even if the trend—hopefully not—is that it is not successful because of the multifarious nature of the problem.

Has any thought been given to the complexity of the issue? There are very many variables. Consider the establishment of centres of excellence in Canada whereby we will really identify the experts around the country in terms of epidemiologists, statisticians, lung specialists, behaviour specialists and what have you. There will be, on an ongoing basis, these centres of excellence around the country that will look at all the factors known to date involved in starting smoking and the difficulty one has in stopping the habit. Has there been any thought given to that?

**Mr. Juneau:** We thought about a lot of things, but frankly we've devoted our energies to the work we are reporting on today rather than struggle with the creation of an institution that—I can tell you from some of my other responsibilities, and you may know—requires a great deal of energy, during which you may not be advancing the cause.

[Translation]

**Mme Lacombe:** Pas pour le moment.

**Le président:** Je suis sûr qu'il y a une bonne explication à cela. Je trouve amusant en tant que contribuable de vous entendre dire que vous avez préparé une bibliographie préliminaire. J'espère bien. Grand Dieu, si les gens de Santé Canada commencent tout juste à lire ce qui a déjà été écrit sur les paquets banalisés, il y a quelque chose qui ne va pas, n'est-ce pas? Vous venez tout juste de finir une bibliographie? Je pensais que vous aviez déjà tout lu, tout digéré et déjà tout mis en pratique. Vous n'en êtes qu'à la lecture de ce qui a déjà été écrit sur les paquets banalisés?

**Mme Lacombe:** Non, nous avons terminé la lecture de cette documentation et nous avons maintenant une bibliographie annotée.

**Le président:** O.K., c'est un peu mieux. Vous avez donc fait cette partie.

**Mme Lacombe:** Oui.

**Le président:** Quand le groupe d'experts doit-il entrer en action?

**Mme Lacombe:** Il est entré en action depuis le mois de juin. Il a été établi le 20 ou le 21 juin.

**Le président:** Quand fera-t-il ses recommandations?

**Mme Lacombe:** C'est prévu pour la fin de l'année.

**Le président:** D'accord.

**Mme Lacombe:** Vous avez reçu une copie qui vous donne les détails de la structure de cette étude.

**Le président:** M. Pagtakhan veut poser une autre question. Soyez rapide car nous aimerions finir à l'heure.

**M. Pagtakhan:** J'aimerais simplement ajouter qu'il serait souhaitable que vous consultiez le secrétaire d'État au Multiculturalisme et le ministre de la Citoyenneté pour leur demander s'ils peuvent vous aider.

Pour ce qui est du terme de cette stratégie, je crois qu'il faut être très prudent. Est-ce vraiment une campagne de trois ans? Y mettre fin au bout d'un an conformément à un mécanisme d'évaluation serait prématuré et du gaspillage. Comme vous l'avez dit vous-mêmes, les données seront insuffisantes pour mener à une conclusion significative même si la tendance—nous ne l'espérons pas—indique un échec provoqué par la nature complexe du problème.

Avez-vous véritablement réfléchi à la complexité du problème? Il y a énormément de variables. Avez-vous pensé à l'établissement de centres d'excellence qui nous permettraient d'identifier les épidémiologistes, les statisticiens, les spécialistes pulmonaires, les spécialistes du comportement, etc. indispensables pour étudier ce genre de problèmes. Ces centres pourraient étudier tous les facteurs connus qui déclenchent cette habitude et ceux qui font qu'il est si difficile de s'en débarrasser. Y avez-vous songé?

**M. Juneau:** Nous avons réfléchi à beaucoup de choses, mais en toute honnêteté, nous avons consacré nos énergies au travail dont nous vous avons fait rapport aujourd'hui plutôt qu'à la bataille qu'il faudrait livrer pour créer de tels établissements—je peux vous en parler en toute connaissance de cause, ayant d'autres responsabilités—bataille qui vous occupe tellement que vous n'avez plus le temps pour la cause que vous défendez.



[Texte]

[Traduction]

● 0955

Having said that, it seems to me that some of the work we are doing corresponds to the spirit of your suggestion. Carole Lacombe may wish to speak to this, but as part of our research program, for instance, we will hold what scientists in this business call “consensus conferences”, designed to do exactly what I think you have in mind.

So through our work with experts in provincial governments, with experts in health groups—as you know, there are true experts in a number of health organizations, such as, obviously, the Canadian Cancer Society—and with our researchers across the country, we are in effect doing a lot of what you’re talking about. The creation of a centre itself is perhaps something we should consider when we’ve caught our breath, if I can use that metaphor in this context.

**Mr. Pagtakhan:** Thank you.

**The Chairman:** We thank the witnesses from Health Canada for the briefing this morning, for giving us the information beforehand and then for responding to questions.

We’re going to take a very short break. I suggest we reconvene at 10 a.m. sharp for our in-camera meeting.

Thank you to the witnesses.

Ceci dit, il me semble qu’une partie du travail que nous faisons correspond à l’esprit de votre suggestion. Carole Lacombe voudra peut-être ajouter quelque chose, mais dans le cadre de notre programme de recherche, par exemple, nous organisons ce que les scientifiques appellent des conférences de consensus ayant exactement la même fonction, je crois, que ce que vous proposez.

Donc, grâce à notre travail avec des spécialistes des gouvernements provinciaux, avec des spécialistes de la santé—comme vous le savez, il y a de vrais spécialistes dans un certain nombre d’organismes de la santé, comme, par exemple, de toute évidence, la Société canadienne du cancer—et avec nos chercheurs au quatre coins du pays, nous faisons déjà en grande partie ce que vous suggérez. La création d’un centre sera peut-être une idée à considérer quand nous aurons repris notre souffle, si je peux me permettre cette métaphore dans ce contexte.

**M. Pagtakhan:** Merci.

**Le président:** Nous remercions les témoins de Santé Canada de cette séance d’information et de leurs réponses à nos questions.

Nous allons faire une toute petite pause. Je propose que nous reprenions à 10 heures pile pour notre réunion à huis clos.

Encore merci aux témoins.





If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

## WITNESSES

### *From Health Canada:*

André Juneau, Assistant Deputy Minister, Policy and Consultation Branch;

Carole Lacombe, Director, Office of Tobacco Control, Health Protection Branch;

Dawn Walker, Director, Tobacco, Alcohol and Other Drugs Division, Health Promotion Branch;

William E. Maga, Senior Policy Analyst, Health Policy Division, Policy, Planning and Information Branch.

## TÉMOINS

### *De Santé Canada:*

André Juneau, sous-ministre adjoint, Direction générale des politiques et de la consultation;

Carole Lacombe, directrice, Bureau de contrôle de tabac, Direction générale de la protection de la santé;

Dawn Walker, directrice, Division du tabagisme, de l'alcool et des autres drogues, Direction générale de la promotion de la santé;

William E. Maga, analyste principal des politiques, Division de l'analyse de la politique de la santé, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 13

Thursday, September 29, 1994

Chair: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 13

Le jeudi 29 septembre 1994

Président : Roger Simmons

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*      *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Health

## Santé

---

### RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the Report of the Sub-Committee on Order in Council Appointments

Future Business

### INCLUDING:

The Second Report to the House

### CONCERNANT :

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, examen du rapport du Sous-comité sur les nominations par décret

Travaux futurs

### Y COMPRIS :

Le deuxième rapport à la Chambre

---



## STANDING COMMITTEE ON HEALTH

*Chair:* Roger Simmons

*Vice-Chairs:* Rey Pagtakhan  
Pauline Picard

### Members

Margaret Bridgman  
Pierre de Savoye  
Hedy Fry  
Keith Martin  
Bernard Patry  
Andy Scott  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Associate Members

Madeleine Dalphond-Guiral  
Grant Hill  
Audrey McLaughlin  
John Murphy

(Quorum 6)

## COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

*Président :* Roger Simmons

*Vice-présidents :* Rey Pagtakhan  
Pauline Picard

### Membres

Margaret Bridgman  
Pierre de Savoye  
Hedy Fry  
Keith Martin  
Bernard Patry  
Andy Scott  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Membres associés

Madeleine Dalphond-Guiral  
Grant Hill  
Audrey McLaughlin  
John Murphy

(Quorum 6)

## SUB-COMMITTEE ON ORDER IN COUNCIL APPOINTMENTS

*Chair:* Rey Pagtakhan

### Members

Hedy Fry  
Grant Hill

### Researchers

Thomas Curren  
Nancy Miller-Chénier  
Research Branch of the Library of Parliament

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## SOUS-COMITÉ SUR LES NOMINATIONS PAR DÉCRET

*Président :* Rey Pagtakhan

### Membres

Hedy Fry  
Grant Hill

### Recherchistes

Thomas Curren  
Nancy Miller-Chénier  
Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement

*La greffière du Comité*

Nancy Hall

## MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, SEPTEMBER 29, 1994  
(22)

[Text]

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Bldg., the Chairman, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Hedy Fry, Rey Pagtakhan, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo.

*Acting Members present:* Michel Daviault for Pierre de Savoye, Grant Hill for Margaret Bridgman.

*Associate Member present:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Bill Murray, Research Officers.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), the Committee commenced consideration of the Report of the Sub-Committee on Order in Council appointments regarding the process by which such appointments are referred to, and dealt with, by the Standing Committee on Health (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated March 23, 1994, Issue No. 1*).

It was agreed,—That the Committee adopt the report of the Sub-Committee on Order in Council appointments, as amended, as the Second Report of the Standing Committee on Health, and that the Chair be authorized to present the Report to the House of Commons.

It was agreed,—That the Committee undertake immediately a study on the health of aboriginal Canadians, and that the staff prepare a draft workplan for the consideration of the Committee at its next meeting.

It was agreed,—That the Committee not review the Order in Council appointments tabled in the House on September 19, 1994 and September 26, 1994 referred to the Health Committee for consideration.

At 10:40 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*



Thursday, September 29, 1994

The Standing Committee on Health has the honour to present its

## **SECOND REPORT**

In accordance with its mandate under Standing Order 108(1)(b) and 108(2), your Committee established a Sub-Committee and assigned it the responsibility of examining the process by which Order in Council appointments are referred to, and dealt with, by the Standing Committee on Health.

The Sub-Committee submitted its report to the Committee.

Your Committee adopted the Report, as amended, as follows:

### **STUDY PROCEDURE ADOPTED BY THE SUB-COMMITTEE ON ORDER IN COUNCIL APPOINTMENTS REFERRED TO THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH**

- (1) The Sub-Committee developed a process to facilitate the review, by the House of Commons Standing Committee on Health, of Order in Council Appointments that are referred to the Committee by the Minister of Health.
- (2) To assist in its study, the Sub-Committee held public hearings and invited appropriate representatives of the various organizations that report to Parliament through the Minister of Health to testify and comment on the effectiveness of the Order in Council appointment process as it applies to their specific organizations.
- (3) To assist the Sub-Committee in its study, the Sub-Committee reserved the right to invite the Minister of Health and/or the President of the Queen's Privy Council for Canada to give testimony on Order in Council Appointments.
- (4) The Sub-Committee is presenting this report on its deliberations and recommendations with the Standing Committee on Health for its consideration and tabling in the House of Commons.

## **INTRODUCTION**

The Sub-Committee held four meetings, three open to the public and one in-camera, to hear testimony from witnesses. At the first meeting on March 23, 1994, the Sub-Committee received a briefing on the history and current status of the Order in Council review power of House of Commons committees from Dr. Jack Stilborn of the Political and Social Affairs Division, Research Branch, Library of Parliament. The next two meetings on June 25, 1994 and July 19, 1994, involved representatives of the six organizations for which Order in Council appointments are referred to the House of Commons Standing Committee on Health. The final meeting on September 23, 1994, was an in-camera meeting with representatives from the Privy Council Office appearing on behalf of the Hon. Marcel Massé who as President of the Queen's Privy Council for Canada is currently responsible for a review of agencies and Order in Council appointments.



## HISTORY AND CURRENT STATUS OF THE REVIEW PROCESS

The first witness, Dr. Stilborn confirmed that the review power derives from the report of the Special Committee on Reform of the House of Commons, chaired by the Hon. James McGrath, P.C., M.P. (hereafter, the “McGrath Committee”). That committee tabled its report in June 1985. Chapter V of the report dealt with the scrutiny of Order in Council appointments. The current authority of House committees to review appointments was established by the adoption of special motions to amend the Standing Orders based on that report.

Although committees currently do not have the authority to confirm or deny appointments, the very existence of a review process puts the government “on notice,” in a sense, that its appointments will not necessarily be made without public scrutiny. Thus, committees have the power indirectly to influence the process, and help to ensure that appointees are qualified for the positions in question. The McGrath Committee recommended that, where a House committee recommended against an appointment in certain categories, it should be mandatory upon the Minister not to go through with the appointment. The House did not ultimately give that power to committees through the Standing Orders.

The provision that eventually was included in the revised Standing Orders of the House of Commons in 1986 essentially provides that after an appointment or nomination has been published in the *Canada Gazette*, it will be referred to the appropriate House committee for review. Specifically, the process is defined in Sections 110 and 111 of the Standing Orders, as follows:

110. (1) A Minister of the Crown shall lay upon the Table a certified copy of an Order in Council, stating that a certain individual has been appointed to a certain non-judicial post, not later than five sitting days after the Order in Council is published in the *Canada Gazette*. The same shall be deemed to have been referred to a standing committee specified at the time of tabling, pursuant to Standing Order 32(6), for its consideration during a period not exceeding thirty sitting days.

(2) A Minister of the Crown may, from time to time, lay upon the Table a certificate stating that a specified individual has been nominated for appointment to a specified non-judicial post. The same shall be deemed to have been referred to a standing committee specified at the time of tabling, pursuant to Standing Order 32(6), for its consideration during a period not exceeding thirty sitting days.

111. (1) The committee specified pursuant to Standing Orders 32(6) and 110, during the period of thirty sitting days provided pursuant to Standing Order 110, shall if it deems it appropriate, call the so named appointee or nominee to appear before it during a period not exceeding ten sitting days.

(2) The committee, if it should call an appointee or nominee to appear pursuant to section (1) of this Standing Order, shall examine the qualifications and competence of the appointee or nominee to perform the duties of the post to which he or she has been appointed or nominated.

(3) The committee shall complete its examination of the appointee or nominee not later than the end of the ten sitting day period indicated in section (1) of this Standing Order.

(4) The office of the Minister who recommended the appointment shall provide the curriculum vitae of such an appointee or nominee to the committee upon written application from the clerk of the committee.<sup>1</sup>

In practice, the review process usually consists of notification to a standing committee that an appointment has been made.<sup>2</sup> If the Minister so wishes, however, he or she may communicate to a committee the name of the person he or she intends to appoint. This could give the committee the opportunity to influence the appointment, but only if the Minister wishes that to happen.

### **Options for Review of Referred Appointments**

In general, House committees have not been active in recent years in the matter of Order in Council appointments, perhaps reflecting a general sense that review of such appointments is only a formality. Dr. Stilborn, in his briefing to the Sub-Committee, suggested a number of options open to a committee if the current situation of addressing referred appointments only, not nominations, were to continue. These options are described below along with the considerations made by the Sub-Committee of ways in which the issue might profitably be approached.

In the most extreme situation, a committee could review an appointment and decide that the appointee is not acceptable, and report that decision back to the House of Commons with a recommendation that the appointment be rescinded. Such a recommendation would not be binding on the government. Before adopting this approach, however, a committee should consider the nature of the contract governing the appointment, and whether the government would face legal difficulties should an appointment be rescinded.

A less extreme approach would have the committee review a referred appointment and table a report in the House which would be limited to stating the committee's considered opinions of the appointment, stopping short of any recommendation to rescind or, for that matter, to approve. This approach would avoid any legal ramifications, but would direct the public focus on the appointment itself, particularly if the Committee concluded that the appointee was not qualified.

The most benign approach open to the Committee is to review referred appointments and not make a report of any kind, positive or negative. This approach would contribute to the general political process, would still generate a certain amount of publicity, and might, over time, help to encourage careful ministerial attention to the quality of appointments, based on the assumption that they would be publicly reviewed. This proviso would also not be lost on the appointees themselves, who would become aware of the fact that they would be required, in a sense, to defend their qualifications in a public forum.

---

<sup>1</sup> Standing Orders of the House of Commons, September, 1994.

<sup>2</sup> Exceptions were made to provide certificates of nomination to Parliament for three organizations — the Canadian Radio, Television and Telecommunications Commission, the National Transportation Agency of Canada and the National Energy Board.



After consideration of these options, the Sub-Committee noted that, in all of them, the suggested actions could only be taken after the appointments were made. In addition, the members observed the possible legal ramifications and potential embarrassment for the government and appointees.

## **TESTIMONY FROM AFFECTED ORGANIZATIONS**

Following the discussion of the history and current status of the review process, the Sub-Committee received testimony from representatives of the six organizations for which Order in Council appointments are referred to the House of Commons Standing Committee on Health. On 25 June, 1994, the Hazardous Materials Information Review Commission and the Medical Council of Canada appeared. On 19 July 1994, the Sub-Committee received testimony from the Canadian Centre on Substance Abuse, the Medical Research Council of Canada, the National Advisory Council on Aging, and the Patented Medicine Prices Review Board.

### **The Order in Council Appointments Process**

#### **(a) Its Value**

Most of the organizations noted that they valued the Order in Council appointments process because it provides evidence of the continued commitment of the government to their particular programs. As organizations using public funds, they saw such appointments as one way of ensuring the accountability of the organization to the public.

#### **(b) Some Problems**

The appointments process was not, however, without its problems. In the past, the organizations had experienced lengthy delays in replacing appointees, from a few months to more than one year. They also talked about insufficient consultation and communication between the organization and the responsible minister, leading to major membership gaps. This insufficiency created difficulties in reaching quorum at meetings or in ensuring the necessary representation of various geographical, sectoral or demographic groups.

#### **(c) Proposals for Change**

##### **(i) For the organizations**

The organizations had several suggestions for improvements in the appointment process to meet their particular needs. The preferred approach was one that involved both agency and minister in separate but overlapping efforts to identify potential appointees. The improvements related primarily to the need for a process that would meet the agency's need for prior consultation, timely replacements and full communication.

With respect to prior consultation between the relevant agency and the minister, three stages were identified. First, the responsible minister could request a description of the agency's needs in

terms of appropriate representation by specialized knowledge, geographic location, demographic criteria such as gender and cultural background, and sectoral area such as business, labour and voluntary. Second, the minister could request a short list of candidates, along with the rationale for the list, and a full inventory of all the candidates considered in the process. Third, prior to making the final nominations, the minister could consult with the agency about the candidates under consideration to determine if the agency has further comments to make about particular needs.

On the issue of timeliness, the organizations noted that, because the length of each appointee's term is known in advance, an orderly process could be developed so that, when a vacancy was about to be created, the replacement could be made in advance. This would reduce the possibility that several months, or even years, might elapse before a nomination was made.

On the subject of communication, the organizations saw this as a two-way street, where they would advise the minister of their suggested candidates and the criteria for selection in advance of each renewal; in turn, the minister would inform them promptly of any decision and of the reasoning behind any appointment.

(ii) For the committee

All of the six organizational representatives appearing before the Sub-Committee agreed that more extensive review of candidates at the front end of the order in council process, prior to the appointment stage, could improve the outcomes. Of these witnesses, five were specifically asked if they envisioned any role for parliamentarians in the review of nominations. All of them saw such a role as positive for both the candidates and the government. In their view, the individuals currently serving on their boards were familiar with such assessment procedures and could meet such public scrutiny without concern. They also argued that any Order in Council appointee becomes ultimately accountable to Parliament after the fact and that it would be more sensible and meaningful to have the respective committees comment in advance of a final decision.

After consideration of the evidence, the Sub-Committee agreed that:

- any review by the Standing Committee on Health should preferably involve referred nominations, not appointments, and should focus on the qualifications and competence of the individual, having taken into consideration any regional aspects important to Canadians.
- the political affiliation, or inclination, of the appointee should not be a matter for consideration by the committee.<sup>3</sup>
- members should not suggest additional names for nomination but should give consideration only to those nominations tabled by the Minister. This approach would allow the Committee to review candidates without usurping the appointing authority properly belonging to the Prime Minister and the responsible minister.

<sup>3</sup> All of the Bloc Québécois members in attendance at the meeting of the Standing Committee on Health supported the adoption of this report. They dissented, however, on this particular statement.



The Sub-Committee acknowledges that the deliberations made by this Sub-Committee apply only to referrals made to the House of Commons Standing Committee on Health from the Minister of Health.

## RECOMMENDATION

The Sub-Committee therefore recommends that the House of Commons consider the advisability of referring the subject matter of this report to the House of Commons Standing Committee on Procedure and House Affairs for its consideration.

A copy of the relevant *Minutes of Proceedings and Evidence (Issue No. 13, which includes this report)* is tabled.

Respectfully submitted,

HON. ROGER SIMMONS

*Chair*

# LIST OF WITNESSES

Associations and Individuals	Date
<b>From the Library of Parliament</b>	
Jack Stilborn.	March 23, 1994
<b>From the Hazardous Materials Information Review Commission:</b>	
Claude St-Pierre, President.	June 15, 1994
<b>From the Medical Council of Canada:</b>	
W. Dale Dauphinee, Registrar.	
<b>From the Canadian Centre on Substance Abuse:</b>	
Jacques LeCavalier, Chief Executive Officer.	July 19, 1994
<b>From the Medical Research Council of Canada:</b>	
Dr. Henry Friesen, President.	
<b>From the National Advisory Council on Aging:</b>	
John MacDonell, Chairperson;	
Sylvie Bérubé, Liaison Officer.	
<b>From the Patented Medicine Prices Review Board:</b>	
Harry Eastman, Chairman.	
<b>From the Privy Council Office:</b>	
Ron Jackson, Assistant Secretary to the Cabinet, Senior Personnel Management;	September 23, 1994
Jim Millar, Director, Resourcing and Compensation;	
Wayne McCutcheon, Assistant Director, Appointments, Recruitment and Succession Planning;	
David Baker, Director of Operations, Machinery of Government.	

## PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 29 SEPTEMBRE 1994  
(22)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à huis clos à 9 h 10, dans la salle 536 de l'immeuble Wellington, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

*Membres du Comité présents:* Hedy Fry, Rey Pagtakhan, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo.

*Membres suppléants présents:* Michel Daviault pour Pierre de Savoye; Grant Hill remplace Margaret Bridgman.

*Membre associé présent:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Bill Murray, attachés de recherche.

Conformément au mandat que lui confère le paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité entreprend d'étudier le rapport du Sous-comité des nominations par décret chargé d'examiner la procédure de renvoi puis d'étude, par le Comité permanent de la Santé (*voir les Procès-verbaux et témoignages du 23 mars 1994, fascicule n° 1*).

Il est convenu—Que le Comité adopte le rapport, modifié, du Sous-comité des nominations par décret et que le président soit autorisé de le présenter à la Chambre (deuxième rapport du Comité permanent de la santé).

Il est convenu—Que le Comité entreprenne immédiatement une étude sur la santé des autochtones du Canada et que les attachés de recherche préparent un plan de travail que le Comité examinera à sa prochaine réunion.

Il est convenu—Que le Comité passe outre à l'examen des nominations par décret déposées à la Chambre le mercredi 19 et le 26 septembre 1994 et qui lui ont été renvoyées.

À 10 h 40, le Comité s'ajourne jusqu'à l'appel du président.

*La greffière du Comité*

Nancy Hall

Le jeudi 29 septembre 1994

Le Comité permanent de la santé a l'honneur de présenter son

## **DEUXIÈME RAPPORT**

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(1)*b*) et 108(2) du Règlement, le Comité permanent a établi un Sous-comité qu'il a chargé d'examiner la procédure de renvoi et d'examen, par le Comité permanent de la santé, des nominations par décret.

Le Sous-comité a présenté son rapport au Comité.

Le Comité a adopté le rapport modifié, dont le texte suit:

### **MÉTHODE D'EXAMEN ADOPTÉE PAR LE SOUS-COMITÉ À L'ÉGARD DES NOMINATIONS PAR DÉCRET RENVOYÉES AU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ**

(1) Le Sous-comité a élaboré une méthode destinée à faciliter l'examen auquel le Comité permanent de la santé soumet les nominations par décret qui lui sont renvoyées par le ou la ministre de la Santé, selon le cas.

(2) Dans le cadre de son étude, le Sous-comité a tenu des audiences publiques et invité des représentants compétents des divers organismes qui relèvent du Parlement par l'intermédiaire du ministre de la Santé à comparaître pour faire savoir ce qu'ils pensaient de l'efficacité du processus de nomination par décret pour ce qui touche leur propre organisation.

(3) Dans le cadre de son étude, le Sous-comité s'est réservé le droit d'inviter le ministre de la Santé ou le Président du Conseil privé de la Reine pour le Canada à témoigner au sujet des nominations par décret.

(4) Le Sous-comité soumet au Comité permanent de la santé le compte rendu que voici de ses délibérations et recommandations, que le Comité l'examine et le dépose à la Chambre des communes.

## **INTRODUCTION**

Le Sous-comité a tenu quatre séances, soit trois publiques et une à huis clos, afin d'entendre des témoignages. Lors de la première réunion, le 23 mars 1994, M. Jack Stilborn, de la Division des affaires politiques et sociales du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement, a présenté un exposé sur l'histoire ainsi que l'état actuel de la question du droit de regard qu'exercent les comités de la Chambre sur les nominations par décret. Des représentants des six organismes à l'égard desquels des nominations par décret sont renvoyées au Comité permanent de la santé ont assisté aux deux séances suivantes, les 25 juin et 19 juillet 1994. La dernière séance, tenue à huis clos le 23



septembre 1994, a permis d'entendre des représentants du Conseil privé témoignant au nom de l'honorable Marcel Massé qui, en sa qualité de président du Conseil privé de la Reine du Canada, est actuellement chargé d'une étude des organismes et des nominations par décret.

## HISTOIRE ET ÉTAT ACTUEL DU PROCESSUS D'EXAMEN

M. Stilborn, le premier témoin, a confirmé que ce droit de regard découle du rapport que le Comité spécial sur la réforme de la Chambre des communes (ci-après appelé « Comité McGrath »), présidé par l'honorable James McGrath, c.p., député, a déposé en juin 1985. Le chapitre V du rapport porte sur l'examen des nominations par décret. C'est grâce à ce rapport que les comités de la Chambre sont actuellement habilités à examiner les nominations, par suite de l'adoption de motions spéciales visant à modifier le Règlement.

Bien que les comités n'aient pas en ce moment le pouvoir de confirmer ou d'infirmier les nominations, du simple fait de l'existence d'un processus d'examen, le gouvernement est pour ainsi dire « prévenu » que ses nominations ne se feront pas forcément sans examen public. Les comités sont donc en mesure d'influencer indirectement le processus et de contribuer à garantir que les personnes nommées répondent aux exigences de leur poste. Le Comité McGrath recommandait qu'il soit obligatoire pour le ministre, si un comité de la Chambre désapprouvait une nomination dans certaines catégories, de ne pas procéder à la nomination, mais la Chambre n'a jamais conféré ce pouvoir aux comités en vertu du Règlement.

La disposition qui a été retenue dans la modification de 1986 du Règlement de la Chambre des communes porte essentiellement qu'après leur publication dans la *Gazette du Canada*, les nominations ou mises en nomination sont renvoyées au comité compétent de la Chambre à des fins d'examen. Plus précisément, le processus est défini comme suit aux articles 110 et 111 du Règlement:

110. (1) Au plus tard cinq jours de séance après la publication dans la *Gazette du Canada* d'un décret annonçant la nomination d'une personne à un poste non judiciaire particulier, un ministre de la Couronne en dépose sur le Bureau une copie certifiée. Ledit décret est réputé avoir été déferé à un comité permanent particulier désigné au moment du dépôt, conformément à l'article 32(6) du Règlement, qui le prend en considération durant au plus trente jours de séance.

(2) Un ministre de la Couronne peut déposer périodiquement sur le Bureau un certificat annonçant que l'on propose de nommer une personne donnée à un poste non judiciaire en particulier. Ledit document est réputé avoir été déferé à un comité permanent particulier désigné au moment du dépôt, conformément à l'article 32(6) du Règlement, qui le prend en considération durant au plus trente jours de séance.

111. (1) Le comité prévu aux articles 32(6) et 110 du Règlement doit convoquer, s'il le juge approprié, dans les trente jours de séance prévus conformément à l'Article 110 du Règlement,

la personne ainsi nommée ou dont on propose la nomination à comparaître devant lui durant au plus dix jours de séance.

(2) Le comité, s'il convoque une personne nommée ou dont on a proposé la nomination conformément au paragraphe (1) du présent article, examine les titres, les qualités et la compétence de l'intéressé et sa capacité d'exécuter les fonctions du poste auquel il a été nommé ou auquel on propose de le nommer.

(3) Le comité termine son examen de la nomination effectuée ou proposée au plus tard à la fin de la période de dix jours de séance prévue au paragraphe (1) du présent article.

(4) Le bureau du ministre qui a recommandé la nomination fournit, sur demande par écrit du greffier du comité, le *curriculum vitae* de la personne nommée ou dont on propose la nomination<sup>(1)</sup>.

Dans la pratique, le processus d'examen se résume habituellement à aviser le comité permanent intéressé qu'une nomination a été faite<sup>(2)</sup>. Toutefois, les ministres qui le désirent peuvent communiquer à un comité le nom des personnes qu'ils comptent nommer, ce qui devrait donner l'occasion au comité d'influer sur la nomination, mais seulement si c'est le bon plaisir du ministre.

### Méthodes d'examen des nominations

Dans l'ensemble, les comités de la Chambre n'ont pas été très actifs ces dernières années dans le domaine des nominations par décret, ce qui s'explique peut-être par la croyance populaire voulant qu'il s'agisse d'une pure formalité. Dans son exposé, M. Stilborn a proposé au Sous-comité un certain nombre de solutions possibles si l'on continue de renvoyer pour examen les nominations, plutôt que les mises en nomination. Le lecteur trouvera ci-dessous les solutions proposées ainsi que les commentaires du Sous-comité sur la meilleure façon d'aborder la question.

Dans un cas extrême, un comité juge après examen que la personne nommée à un poste donné ne fait pas l'affaire, fait rapport de sa décision à la Chambre des communes et recommande que la nomination soit annulée. Toutefois, une telle recommandation n'aurait pas force obligatoire pour le gouvernement. Avant d'en arriver là, les comités devraient évidemment prendre en considération la nature du contrat régissant la nomination ainsi que les problèmes juridiques que son annulation pourrait causer au gouvernement.

---

1. Règlement de la Chambre des communes, septembre 1994.

2. On a consenti des exceptions afin de fournir des certificats de nomination au Parlement dans le cas de trois organismes, soit le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes, l'Office national des transports du Canada et l'Office national de l'énergie.



Dans un cas moins extrême, le comité examine la nomination qui lui a été renvoyée et dépose à la Chambre un rapport dans lequel il se contente de faire part du fruit de sa mûre réflexion, sans aller jusqu'à recommander l'annulation de la nomination, pas plus que son approbation d'ailleurs. Une telle façon de procéder n'aurait aucune incidence juridique, mais attirerait néanmoins l'attention du public sur la nomination, surtout si le comité en arrivait à la conclusion que la personne nommée n'était pas qualifiée.

La méthode qui porte le moins à conséquence consiste pour le comité à examiner les nominations qui lui sont renvoyées sans présenter de rapport, favorable ou défavorable. Une telle façon de procéder contribuerait à l'activité politique générale, attirerait quand même assez de publicité et pourrait, avec le temps, aider à faire en sorte que les ministres portent une attention particulière à la qualité des nominations, vu qu'elles seraient soumises à un examen public. Ce facteur ne serait pas sans intéresser aussi les personnes nommées, qui prendraient ainsi conscience du fait qu'il leur faut, d'une certaine manière, défendre leurs titres de compétence sur la place publique.

Après avoir examiné ces solutions, le Sous-comité a fait remarquer que, dans tous les cas, les mesures proposées ne pouvaient être prises qu'après les nominations. De plus, les membres ont noté que de telles mesures risquaient d'entraîner des répercussions juridiques et de mettre le gouvernement et les titulaires dans l'embarras.

## **TÉMOIGNAGES D'ORGANISMES TOUCHÉS**

Après avoir approfondi l'histoire et l'état actuel du processus d'examen, le Sous-comité a entendu les témoignages de représentants de six organismes à l'égard desquels des nominations par décret sont renvoyées au Comité permanent de la santé. Le 25 juin 1994, le Sous-comité a entendu le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses et le Conseil médical du Canada et, le 19 juillet 1994, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, le Conseil de recherches médicales du Canada, le Conseil consultatif national sur le troisième âge et le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

### **Le processus de nomination par décret**

#### **a) Son importance**

La plupart des organismes ont signalé que le processus de nomination par décret revêt de l'importance à leurs yeux parce qu'il constitue une preuve concrète de l'engagement soutenu du gouvernement à l'égard de leurs programmes respectifs. En tant qu'organismes financés à même les fonds publics, ils voient dans ces nominations un moyen de garantir que l'on rende des comptes au public.

#### **b) Du sable dans l'engrenage**

Le processus de nomination est cependant loin d'être parfait. Par le passé, les organismes ont dû attendre longtemps le remplacement de titulaires, soit de quelques mois à plus d'une année. Des témoins ont en outre parlé de l'insuffisance des efforts déployés en matière de consultation et de

communication entre le ministre compétent et les organismes, ce qui a occasionné des difficultés pour l'obtention du quorum, lors des réunions, ou la représentation adéquate de divers groupes sectoriels, démographiques ou géographiques.

### **c) Changements proposés**

#### **(i) Pour les organismes**

Les organismes qui ont témoigné avaient plusieurs solutions à proposer pour améliorer le processus de nomination en fonction de leurs besoins particuliers. Celle qu'ils préféreraient consistait pour l'organisme et le ministre à chercher des candidats éventuels chacun de son côté, mais conjointement dans une certaine mesure. Les améliorations proposées tenaient principalement au besoin de mettre au point un processus qui réponde au besoin de l'organisme d'être consulté au préalable, bien informé et assuré que les vacances seront comblées sans délai.

En ce qui a trait aux consultations préalables entre le ministre et l'organisme compétent, trois étapes ont été définies. Premièrement, le ministre responsable pourrait demander à l'organisme de lui fournir un énoncé de ses besoins en matière de représentation en fonction des connaissances spécialisées, de l'emplacement géographique, de facteurs démographiques (sexe, antécédents culturels) et du secteur d'activité (affaires, syndicats, bénévolat). Deuxièmement, le ministre pourrait demander qu'on lui soumette les noms de quelques candidats, en précisant les motifs justifiant leur choix, ainsi que la liste complète des candidats parmi lesquels ils ont été choisis. Troisièmement, avant de procéder aux nominations, le ministre pourrait vérifier auprès de l'organisme s'il n'y a aucun autre besoin particulier dont il faudrait tenir compte dans l'évaluation des candidats en lice.

Au sujet des délais, les témoins ont fait valoir que, comme la durée du mandat de chacune des personnes à nommer est connue d'avance, il y aurait lieu de prévoir que la recherche d'un remplaçant commence dès qu'une vacance s'annonce. On risquerait alors moins de devoir attendre des mois, voire des années, avant de pouvoir procéder à une nomination.

Quant aux communications, les témoins estiment qu'elles ne devraient pas être à sens unique; autrement dit, les organismes feraient connaître au ministre les candidats de leur choix ainsi que les critères de sélection applicables avant le terme des mandats à renouveler, tandis que le ministre, pour sa part, leur ferait part sans tarder de sa décision et des motifs de son choix.

#### **ii) Pour le Comité**

Les représentants des six organismes qui ont comparu devant le Sous-comité ont convenu qu'un examen plus approfondi des candidats au début du processus, avant l'étape de la nomination, serait susceptible d'en améliorer le résultat. On a demandé à cinq des témoins s'ils envisageaient un rôle quelconque pour les parlementaires dans l'examen des nominations. Tous considéraient un éventuel rôle comme un élément positif et pour les candidats et pour le gouvernement. À leur avis, les personnes qui siègent en ce moment à leur conseil connaissent ce genre de procédures



d'évaluation et pourraient sans crainte se soumettre à un examen public. Ils ont également fait valoir que toute personne nommée par décret devient en fin de compte comptable au Parlement, et qu'il serait plus utile et raisonnable d'obtenir les avis des comités respectifs avant de prendre la décision finale.

Ayant pris les témoignages en considération, le Sous-comité a convenu de ce qui suit :

- le Comité permanent de la santé ne devrait de préférence examiner que des candidatures et non des nominations, en tenant compte des titres et de la compétence, ainsi que des considérations régionales qui importent aux yeux des Canadiens.
- il conviendrait de ne pas tenir compte de l'appartenance ou des sympathies politiques de la personne nommée<sup>(3)</sup>.
- les membres ne devraient pas suggérer d'autres candidats mais devraient prendre en considération seulement les noms avancés par le ministre. Cette façon de procéder permettrait au Comité de revoir les candidatures sans s'arroger le pouvoir de nomination qui revient de droit au premier ministre et au ministre compétent.

Le Sous-comité convient que ses travaux ne s'appliquent qu'aux cas renvoyés au Comité permanent de la santé par le ministre de la Santé.

## RECOMMANDATION

Le Sous-comité recommande que la Chambre des communes décide s'il convient de renvoyer le sujet du présent rapport à l'étude du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre.

Un exemplaire des *Procès-verbaux et témoignages (fascicule n° 13)* lequel inclut le rapport, est déposé.

Respectueusement soumis,

*Le président*

HON. ROGER SIMMONS

---

3. Tous les députés du Bloc Québécois présents à la réunion ont appuyé l'adoption du rapport. À l'exception, cependant, de ce paragraphe.

# LISTE DES TÉMOINS

Organisations ou particuliers	Date
<b>De la Bibliothèque du Parlement:</b> Jack Stilborn.	Le 23 mars 1994
<b>Du Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses:</b> Claude St-Pierre, directeur général.	Le 15 juin 1994
<b>Du Conseil médical du Canada:</b> W. Dale Dauphinee, registraire.	
<b>Du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies:</b> Jacques LeCavalier, directeur général.	Le 19 juillet 1994
<b>Du Conseil de recherches médicales du Canada:</b> Dr Henry Friesen, président.	
<b>Du Conseil consultatif national sur le troisième âge:</b> John MacDonell, président; Sylvie Bérubé, agent de liaison.	
<b>Du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés:</b> Harry Eastman, président.	
<b>Du Bureau du Conseil privé:</b> Ron Jackson, secrétaire adjoint du Cabinet, Gestion du personnel supérieur; Jim Millar, directeur, Ressources humaines et rémunération; Wayne McCutcheon, directeur adjoint, Nominations, Recrutement et planification de la relève; David Baker, directeur des opérations, Appareil gouvernemental.	Le 23 septembre 1994



**MAIL**  **POSTE**

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

**Lettermail**

**Poste—lettre**

**8801320  
Ottawa**

*If undelivered, return COVER ONLY to:*

Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*

*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9



CA 1  
XC 28

- H39

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 14

Thursday, October 6, 1994

Chair: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 14

Le jeudi 6 octobre 1994

Président : Roger Simmons

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*      *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Health

## Santé

---

### RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 106(1), election of Chair

Pursuant to Standing Order 108(2), briefing session on the Determinants of Health

Consideration of a draft workplan for a study on aboriginal health

### CONCERNANT :

Conformément à l'article 106(1) du Règlement, l'élection du président

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, session d'information au sujet des déterminants de la santé

Considération d'une ébauche d'un plan de travail pour une étude sur la santé des autochtones

---

### WITNESS:

(See back cover)

### TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



## STANDING COMMITTEE ON HEALTH

*Chair:* Roger Simmons

*Vice-Chairs:* Ovide L. Jackson  
Pauline Picard

### Members

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Associate Members

Madeleine Dalphond-Guiral  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
John Murphy  
Andy Scott

(Quorum 6)

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

*Président :* Roger Simmons

*Vice-présidents :* Ovide L. Jackson  
Pauline Picard

### Membres

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Membres associés

Madeleine Dalphond-Guiral  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
John Murphy  
Andy Scott

(Quorum 6)

*La greffière du Comité*

Nancy Hall

## ORDER OF REFERENCE

*Extract from the Journals of the House of Commons of Friday, September 30, 1994:*

Mr. Milliken (Parliamentary Secretary to the Leader of the Government in the House of Commons), from the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented the 35th Report of the Committee, which was as follows:

Your Committee recommends that the list of members and associate members for the Standing Committees of this House be as follows:

Health

Bridgman  
Culbert  
Davault

Fry  
Hill (*Macleod*)  
Jackson

## Members/Membres

Patry  
Picard (*Drummond*)  
Simmons

Szabo  
Ur-(11)

## Associate Members/Membres associés

Dalphond—Guiral

Martin (*Esquimalt—Juan de Fuca*)

Murphy

Scott (*Fredericton—York—Sunbury*)

Mr. Milliken (Parliamentary Secretary to the Leader of the Government in the House of Commons), from the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented the 36th Report of the Committee, which was as follows:

Your Committee recommends that the following Members be added to the list of Associate Members of Standing Committees:

Health

McLaughlin

By unanimous consent, Mr. Milliken (Parliamentary Secretary to the Leader of the Government in the House of Commons), seconded by Mr. Vanclief (Parliamentary Secretary to the Minister of Agriculture and Agri-Food), moved,—That the 35th Report of the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented earlier today, be concurred in.

The question was put on the motion and it was agreed to.

By unanimous consent, Mr. Milliken (Parliamentary Secretary to the Leader of the Government in the House of Commons), seconded by Mr. Vanclief (Parliamentary Secretary to the Minister of Agriculture and Agri-Food), moved,—That the 36th Report of the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented earlier today, be concurred in.

The question was put on the motion and it was agreed to.

ATTEST

## ORDRE DE RENVOI

*Extrait des Journaux la Chambre des communes du vendredi 30 Septembre 1994:*

M. Milliken (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, présente le 35<sup>e</sup> rapport de ce Comité, dont voici le texte:

Votre Comité recommande que la liste des membres et membres associés aux comités permanents de la Chambre figurent ci-après:

Santé

M. Milliken (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, présente le 36<sup>e</sup> rapport de ce Comité, dont voici le texte:

Votre Comité recommande que les députés suivants fassent partie de la liste des membres associés des Comités permanents:

Santé

McLaughlin

Du consentement unanime, M. Milliken (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), appuyé par M. Vanclief (secrétaire parlementaire du ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire), propose,—Que le 35<sup>e</sup> rapport du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, présenté plus tôt aujourd'hui, soit agréé.

La motion, mise aux voix, est agréée.

Du consentement unanime, M. Milliken (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), appuyé par M. Vanclief (secrétaire parlementaire du ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire), propose,—Que le 36<sup>e</sup> rapport du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, présenté plus tôt aujourd'hui, soit agréé.

La motion, mise aux voix, est agréée.

ATTESTÉ

*Le Greffier de la Chambre des communes*

ROBERT MARLEAU

*Clerk of the House of Commons*



## MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, OCTOBER 6, 1994

(23)

[Text]

The Standing Committee on Health met at 9:15 o'clock a.m. this day, in Room 371, West Block, for the purpose of electing a Chair.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Associate Member present:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Bill Murray, Research Officers.

*Witness: From the Canadian Institute for Advanced Research:* J. Fraser Mustard, President.

Pursuant to Standing Order 106(1), the Clerk of the Committee presided over the election of the Chair of the Committee.

On motion of Paul Szabo, it was agreed,—That Roger Simmons take the Chair of this Committee as Chair.

Accordingly, Roger Simmons was declared duly elected Chair of the Committee and took the Chair.

On motion of Paul Szabo, it was agreed,—That Ovid L. Jackson be elected Government Vice-Chair of the Committee.

Margaret Bridgman moved,—That Grant Hill be elected Opposition Vice-Chair of the Committee.

Whereupon Michel Daviault proposed to move,—That Pauline Picard be elected Opposition Vice-Chair of the Committee.

The question being put on the motion by Margaret Bridgman,—That Grant Hill be elected Opposition Vice-Chair of the Committee, it was, by recorded division, negatived as follows:

## YEAS

Margaret Bridgman

Grant Hill—(2)

## NAYS

Michel Daviault

Pauline Picard

Ovid L. Jackson

Paul Szabo

Bernard Patry

Rose-Marie Ur—(6)

The question being put on the motion by Michel Daviault,—That Pauline Picard be elected as Opposition Vice-Chair of the Committee it was, by recorded division, agreed to as follows:

## YEAS

Harold Culbert

Pauline Picard

Michel Daviault

Paul Szabo

Ovid L. Jackson

Rose-Marie Ur—(7)

Bernard Patry

## NAYS

Margaret Bridgman

Grant Hill—(2)

## PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 6 OCTOBRE 1994

(23)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à 9 h 15, dans la salle 371 de l'édifice de l'Ouest, afin d'élire un président.

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Membre associé présent:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Bill Murray, attachés de recherche.

*Témoin: De l'Institut canadien de recherches avancées:* J. Fraser Mustard, président.

Conformément au paragraphe 106(1) du Règlement la greffière préside à l'élection du président.

Sur motion de Paul Szabo, il est convenu,—Que Roger Simmons soit élu président du Comité.

Roger Simmons, déclaré dûment élu président du Comité, prend place au fauteuil.

Sur motion de Paul Szabo, il est convenu,—Que Ovid L. Jackson soit élu vice-président (parti ministériel) du Comité.

Margaret Bridgman propose,—Que Grant Hill soit élu vice-président (pour l'opposition) du Comité.

Michel Daviault donne alors avis de la motion,—Que Pauline Picard soit élue vice-présidente (pour l'opposition) du Comité.

La motion de Margaret Bridgman,—Que Grant Hill soit élu vice-président (pour l'opposition) du Comité, mise aux voix par appel nominal, est rejetée:

## POUR

Margaret Bridgman

Grant Hill—(2)

## CONTRE

Michel Daviault

Pauline Picard

Ovid L. Jackson

Paul Szabo

Bernard Patry

Rose-Marie Ur—(6)

La motion de Michel Daviault —Que Pauline Picard soit élue vice-présidente (pour l'opposition) du Comité, mise aux voix par appel nominal, est adoptée:

## POUR

Harold Culbert

Pauline Picard

Michel Daviault

Paul Szabo

Ovid L. Jackson

Rose-Marie Ur—(7)

Bernard Patry

## CONTRE

Margaret Bridgman

Grant Hill—(2)



Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to a briefing session on the determinants of health.

Dr. Fraser Mustard made an opening statement and answered questions.

At 9:55 o'clock a.m., the Chairman left the Chair, and Mr. Jackson, Vice-Chair, presided.

At 10:45 o'clock a.m., the Chairman returned to the Chair.

At 11:00 o'clock a.m., the meeting was suspended.

At 11:05 o'clock a.m., the meeting resumed and the Committee commenced consideration of a draft workplan for a study on the health of the aboriginal peoples.

It was agreed, — That the staff organize briefing sessions for the Committee with representatives from national aboriginal organizations on aboriginal health issues, commencing at the next meeting.

It was agreed, — That the Chair, the two Vice-Chairs, the Parliamentary Secretary (Dr. Hedy Fry) and Ms. Bridgman, do compose the Sub-Committee on Agenda and Procedure.

At 12:05 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité entend un exposé sur les facteurs déterminant pour la santé.

Fraser Mustard fait un exposé et répond aux questions.

À 9 h 55, le vice-président, M. Jackson, remplace le président.

À 10 h 45, le président revient au fauteuil.

À 11 heures, la séance est suspendue.

À 11 h 05, la séance reprend et le Comité examine un plan de travail en vue de l'étude sur la santé des autochtones.

Il est convenu, — Que le personnel organise, à compter de la prochaine réunion, des séances d'information avec des représentants des associations nationales autochtones.

Il est convenu, — Que le président, les deux vice-présidents, le secrétaire parlementaire (Hedy Fry) et M<sup>me</sup> Bridgman, forment le Sous-comité du programme et de la procédure

À 12 h 05, le Comité s'ajourne jusqu'à l'appel du président.

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

*La greffière du Comité*

Nancy Hall

[Text]

## EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, October 6, 1994

**The Clerk of the Committee:** Members, I see we have a quorum. In conformity with Standing Orders 116, 106(1) and 106(2), your first item of business this morning is to elect a chairman. I am ready to receive motions to that effect.

Mr. Szabo.

**Mr. Szabo (Mississauga South):** I'd like to nominate Mr. Roger Simmons as chair of the standing committee.

**The Clerk:** Is there a seconder to that? Mrs. Ur.

There is a motion on the floor at this point. It's been moved by Mr. Szabo and seconded by Madame Ur that Roger Simmons do take the chair of this committee. Is it the pleasure of the committee to adopt this motion?

Motion agreed to

**The Clerk:** I declare Roger Simmons duly elected and invite him to take the chair. Congratulations.

**The Chairman:** Now, Grant, your motion is in order.

**Ms Bridgman (Surrey North):** Mr. Chairman, I would like to nominate Grant Hill for vice-chair, please.

**The Chairman:** All right. Let me just get my breath here. I was making an aside to Grant as I came up, I thought in humour, that we'd have two chairmen.

Let me call the meeting to order. I would suggest the next order of business would be to elect vice-chairs. It's not required this morning, but I think we might proceed to do that.

The pattern has been to do it on motion, first to entertain a motion for the vice-chair from the government party and then a motion for the other vice-chair from the opposition. If that's your wish, I would proceed in that fashion.

**Ms Bridgman:** Mr. Chairman, my motion, then, is on notice.

**The Chairman:** What I indicated to you, Margaret, is I hadn't really begun, but if you want to give it as notice, it's no problem.

**Ms Bridgman:** Thank you.

**The Chairman:** Paul.

**Mr. Szabo:** Mr. Chairman, I would nominate Ovid Jackson as vice-chair of the Standing Committee on Health.

**The Chairman:** It's been moved that Ovid Jackson be a vice-chair.

[Translation]

## TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 6 octobre 1994

• 0911

**La greffière du comité:** Honorables députés, je constate que nous avons quorum. En conformité des articles 116, 106(1) et 106(2) du Règlement, le choix d'un président ou d'une présidente est le premier sujet à l'ordre du jour. Je suis prête à recevoir des motions à cet effet.

Monsieur Szabo.

**M. Szabo (Mississauga-Sud):** Je propose M. Roger Simmons au poste de président du comité permanent.

**La greffière:** Quelqu'un veut-il appuyer cette motion? Madame Ur.

Le comité a été saisi d'une motion. M. Szabo, appuyé par M<sup>me</sup> Ur, propose que M. Roger Simmons soit nommé président de ce comité. Plaît-il au comité d'adopter cette motion?

La motion est adoptée

**La greffière:** Je déclare Roger Simmons dûment élu président du comité et je l'invite à prendre le fauteuil. Félicitations.

**Le président:** Maintenant, Grant, votre motion est recevable.

**Mme Bridgman (Surrey-Nord):** Monsieur le président, je propose que Grant Hill soit désigné vice-président, s'il vous plaît.

**Le président:** Très bien. Laissez-moi reprendre mon souffle un peu. Je lançais simplement une boutade à Grant au moment où je m'apprêtais à prendre place au fauteuil en me disant qu'il se pourrait que nous ayons deux présidents.

Tout d'abord, je dois ouvrir la séance. Je suggère que le point suivant à l'ordre du jour soit l'élection des vice-présidents. Il n'est pas obligatoire que nous le fassions ce matin, mais je pense que nous pourrions le faire dès maintenant.

On a l'habitude de procéder par voie de motion, de recevoir d'abord une motion pour l'élection du vice-président désigné pour représenter la majorité et ensuite une autre motion pour choisir l'autre vice-président, du côté de l'opposition. Si vous n'y voyez pas d'objections, c'est ainsi que je vais procéder.

**Mme Bridgman:** Monsieur le président, vous avez donc avis de ma motion.

**Le président:** Ce que je vous ai dit, Margaret, c'est que je n'avais pas vraiment commencé, mais si vous voulez donner avis de votre motion, cela ne pose pas problème.

**Mme Bridgman:** Merci.

**Le président:** Paul.

**M. Szabo:** Monsieur le président, je propose que M. Ovid Jackson soit élu vice-président du Comité permanent de la santé.

**Le président:** La candidature de Ovid Jackson au poste de vice-président est proposée.

## [Texte]

## [Traduction]

**Mr. Szabo:** Despite his protestations, he's accepted.

Motion agreed to

**The Chairman:** Okay, now a motion is in order for the opposition vice-chair.

Monsieur Daviault.

**Mr. Daviault (Ahuntsic):** I raised my hand as soon as you were sitting. I wanted to nominate Madame Picard for vice-president.

**Ms Bridgman:** On a point of order, Mr. Chairman, I have a motion on the floor.

**M. Szabo:** Malgré ses protestations, il est accepté.

La motion est adoptée

**Le président:** Je recevrai maintenant une motion pour l'élection d'un représentant de l'opposition à la vice-présidence.

Monsieur Daviault.

**M. Daviault (Ahuntsic):** J'ai levé la main dès que vous avez pris place au fauteuil. Je voulais proposer la candidature de M<sup>me</sup> Picard à la vice-présidence.

**Mme Bridgman:** J'invoque le Règlement, monsieur le président. J'ai déjà proposé une motion.

• 0915

**The Chairman:** We really have two motions on the floor, so we'll put them in the order in which they came. Margaret has moved that Grant Hill be vice-chair. Is that the motion?

**Ms Bridgman:** Yes.

**The Chairman:** We'll put that motion first. If that carries, we have a vice-chair. If it does not carry, we put the second motion.

**Ms Bridgman:** May I have a roll-call vote on this?

**The Clerk:** Mr. Culbert.

**Mr. Culbert (Carleton—Charlotte):** Mr. Chairman, I'm not sure what it is we're voting on. Do we have two motions before us, two nominations before us, and we're voting on those two nominations, or are we voting on only one at this time?

**The Chairman:** We have a motion that Grant Hill be the vice-chair. Michel also moved that Pauline be the vice-chair. The problem is we can't have two motions on the floor at once. So I suggested, subject to the will of the committee, that we deal with them in the order they came and we vote on Margaret's motion first. That's what we are in the process of doing now: voting on the motion that Grant Hill be vice-chair of the committee. A roll-call vote has been requested; and the jig is up, Brother Culbert.

**Mr. Culbert:** So we're voting on just one, then, at this point.

**The Chairman:** Yes. It puts you in an awkward spot, because you are new to the committee. You don't know the players.

**Mr. Culbert:** That's all right. I've been in those awkward spots many times before. Under those circumstances I would hold my vote. If that's the case, I would abstain on it.

Motion negatived: nays 7; yeas 2; 1 abstention

**The Chairman:** I would now put the motion by Mr. Daviault that Mrs. Picard be vice-chairman of the committee.

**Le président:** À vrai dire, nous sommes saisis de deux motions. Nous allons donc les mettre aux voix dans l'ordre où elles ont été reçues. Margaret a proposé que Grant Hill soit élu vice-président. Est-ce bien là le sens de votre motion?

**Mme Bridgman:** Oui.

**Le président:** Nous allons passer cette motion aux voix d'abord. Si elle est adoptée, nous aurons un vice-président. Si elle ne l'est pas, nous passerons à la deuxième motion.

**Mme Bridgman:** Puis-je avoir un vote par appel nominal sur cette motion?

**La greffière:** Monsieur Culbert.

**M. Culbert (Carleton—Charlotte):** Monsieur le président, je ne sais pas trop sur quoi on vote. Devons-nous nous prononcer sur deux motions, sur deux candidatures, ou votons-nous sur une seule des deux motions pour le moment?

**Le président:** Nous avons une motion qui propose que Grant Hill soit élu vice-président. Michel a lui aussi proposé que Pauline soit élue vice-présidente. Le problème, c'est que nous ne pouvons être saisis de deux motions en même temps. Je vous suggère donc, si tel est le souhait du comité, de disposer de ces motions dans l'ordre où elles ont été reçues et de voter sur la motion de Margaret d'abord. C'est ce que nous sommes en train de faire actuellement: voter sur la motion proposant que Grant Hill soit élu vice-président du comité. Un vote par appel nominal a été demandée; et le bal est ouvert, frère Culbert.

**M. Culbert:** Donc, pour l'instant, nous ne votons que sur une seule des deux motions.

**Le président:** Oui. Cela vous met dans une situation un peu inconfortable, car vous êtes nouveau au comité. Vous ne connaissez pas les joueurs.

**M. Culbert:** C'est très bien. J'ai déjà été placé dans ce genre de situation inconfortable à maintes reprises auparavant. En pareilles circonstances, je préfère m'abstenir. En l'occurrence, c'est ce que je vais faire.

La motion est rejetée par 7 voix contre 2 et 1 abstention

**Le président:** Je vais maintenant mettre aux voix la motion de M. Daviault proposant que M<sup>me</sup> Picard soit élue vice-présidente du comité.



[Text]

**Ms Bridgman:** May I have a polled vote on this nomination as well?

**The Chairman:** Okay, we'll have a roll-call vote.

Motion agreed to: yeas 7; nays 2; 1 abstention

**The Chairman:** We congratulate Ovid and Pauline on their election—in her case, re-election.

What we've done, in effect, is to follow a long-standing tradition in Parliament, where there are two vice-chairs, to have one from the government party and one from the official opposition. In the case of the chairman, of course, it's very often from the government party. But we've been getting away somewhat from that routine and we have instances where non-government members are chairpersons of committees.

**Mr. Hill (MacLeod):** Mr. Chairman, may I just make a comment for the record? This is a very unique and unusual Parliament, and I'd like to state that the vice-chair who was just chosen is an individual dedicated to breaking up our country and dedicated to breaking up our medicare system. I want that to be recorded.

• 0920

**The Chairman:** Yes. The issue is different.

**Mr. Hill:** I stated what I wanted to say.

**The Chairman:** The issue is that Madam Picard is a member of Parliament, with the same rights and responsibilities as any other member of Parliament. I will not sit in judgment over you, Grant Hill, as to how well or badly you conduct your responsibilities as a member of Parliament, and, by extrapolation, I'm not going to do it in relation to Madam Picard, and I would hope that you wouldn't do that either.

But all that aside, she's a duly elected member of Parliament. She's a duly designated member of this committee. In those contexts, she has the same prerogatives, the same access to being vice-chairman of this committee as any other member of the committee, and that's the perspective from which I come.

**Mr. Culbert:** Mr. Chairman, I want to say how pleased I am to join this committee. I spent 12 years on the hospital board in my local community, working with doctors, medical staff, and administration. I was chair for the project to build a \$12 million wing on a hospital. So I come with some experience and I certainly look forward to that cooperation, so that this committee indeed can accomplish something in the very important role of health care as we look forward to and towards the 21st century.

I certainly want to indicate how pleased I am to participate in this committee and I look forward to providing as much support and assistance as I possibly can.

**The Chairman:** Ovid.

[Translation]

**Mme Bridgman:** Puis-je demander un vote par appel nominal à propos de cette autre candidature?

**Le président:** Très bien, nous tiendrons un vote par appel nominal.

La motion est adoptée par 7 voix contre 2 et 1 abstention

**Le président:** Nous félicitons Ovid et Pauline de leur élection. . . dans le cas de cette dernière, de sa réélection.

Ce que nous avons fait, en réalité, c'est suivre une tradition établie de longue date au Parlement, selon laquelle nous élisons deux vice-présidents, un du parti de la majorité et un de l'Opposition officielle. Dans le cas du président, évidemment, celui qui est nommé à ce poste vient très souvent du parti de la majorité. Mais il arrive que nous nous écartions de cette tradition, et il y a eu des cas où des représentants des partis d'opposition ont été élus présidents de comités.

**M. Hill (MacLeod):** Monsieur le président, puis-je faire consigner un commentaire au compte rendu? Il s'agit d'un Parlement vraiment extraordinaire, et je tiens à signaler que celle qui a été élue à la vice-présidence est une personne qui est bien décidée à détruire notre pays et à démanteler notre régime d'assurance-santé. Je veux que cela soit consigné.

**Le président:** Oui. C'est une autre histoire.

**M. Hill:** J'ai bien dit ce que je voulais dire.

**Le président:** Le point est que M<sup>me</sup> Picard, à titre de député, a les mêmes droits et responsabilités que tous les autres députés. Je n'ai pas l'intention de porter un jugement, Grant Hill, sur la manière dont vous vous acquittez de vos responsabilités de député, et je n'ai pas non plus l'intention de le faire en ce qui concerne M<sup>me</sup> Picard, et j'espère que vous vous en absteniez, vous aussi.

Mais trêve de toutes ces considérations; il reste qu'elle a été dûment élue comme députée. Elle a été dûment choisie comme membre du comité. Cela dit, elle a les mêmes prerogatives, le même droit d'être élue vice-présidente du comité que tous les autres membres du comité, et c'est dans cette perspective que j'aborde la question.

**M. Culbert:** Monsieur le président, je tiens à dire combien je suis heureux de faire partie de ce comité. J'ai passé 12 ans de ma vie à faire partie du conseil d'administration de l'hôpital de ma localité, à travailler avec les médecins, le personnel médical et l'administration. J'ai été président du comité qui a été chargé du projet de construction d'une aile de l'hôpital, projet qui a coûté 12 millions de dollars. C'est donc avec une certaine expérience que je me joins au comité, avec lequel je suis d'ailleurs impatient de collaborer, afin qu'il puisse vraiment contribuer à l'amélioration du régime d'assurance-santé, qui aura un rôle très important à jouer à l'aube et tout au long du XXI<sup>e</sup> siècle.

Je m'en voudrais de ne pas vous dire combien je suis heureux de participer aux travaux de ce comité, auxquels j'espère d'ailleurs apporter tout le soutien et l'appui dont il a besoin.

**Le président:** Ovid.



[Texte]

**Mr. Jackson (Bruce—Grey):** Mr. Chair, since we're speaking for the record, I too come with some community experience. As you know, I've been in municipal politics since 1974 and was mayor of the city of Owen Sound from 1982 until I was elected. Our city built a \$60-million, 401-bed hospital, state of the art, bringing our community into a regional centre and changing dramatically the kind of health care that we had. So I've seen it from the ground up, so to speak.

I am pleased to be here and to add whatever experience I have in regard to health care. I am one who feels that all of us are here to work for the Canadian people. I stated that at the opening of Parliament. And whether we have problems with our relatives in Quebec or anywhere else, we're still relatives. I know Madam Picard and I have a lot of respect for her. I think she understands the medical field, and the province of Quebec does have good ideas about things. I'm certainly glad to work with them. Whatever the outcome of our problems, as a family, we will still have to live together. So I hope we are all here to do a job for the Canadian people.

I'm pleased to see that we're dealing with native affairs. I'm a very pragmatic person and I think the approach to native health care probably begins with education. It's more complex than just transferring our own ways. We may have to work with them. They have some old-fashioned cures. I was born in Guyana, in South America, and I note with interest that some of those herbs and the types of things that my grandparents were using are now packaged and used, and they are very effective. I think maybe the natives might have something to offer as well. I'm very glad to be here to add my help, Mr. Chair.

**The Chairman:** Thank you, Ovid, and thank you, Harold. I was amiss in not welcoming you this morning, but with the unusual goings on here, having to get elected again and so on, I digressed. Welcome, and I look forward to working with both of you.

**M. Daviault:** J'en suis moi aussi à ma première présence officielle en tant que membre du Comité.

• 0925

L'intérêt que j'ai pour la santé me vient en bonne partie de mon épouse qui travaille dans ce milieu-là au niveau d'un CLSC, dans la région de Montréal, depuis de nombreuses années. Il me vient également d'un dossier auquel j'ai commencé à m'intéresser en avril dernier, qui est celui de l'euthanasie et du suicide assisté.

Je pense que nous serons appelés, en tant que députés, à voter de manière libre sur cette question. Elle mériterait donc d'être approfondie et c'est un peu le doigt dans l'engrenage, ou le bras dans l'engrenage qui m'a amené à la santé. Je pense que c'est un milieu qui doit être approfondi. Il faut lui donner le meilleur de nous-même parce que c'est l'avenir de toute notre population.

[Traduction]

**M. Jackson (Bruce—Grey):** Monsieur le président, puisque nous prenons la parole aux fins du compte rendu, je tiens à vous signaler moi aussi que j'apporte au comité une certaine expérience communautaire. Comme vous le savez, j'ai oeuvré en politique municipale depuis 1974; j'ai été maire de la ville d'Owen Sound en 1982 et je l'étais encore quand j'ai été député. Notre ville a construit un hôpital de 401 lits, des plus modernes, qui a coûté 60 millions de dollars, qui a permis d'intégrer notre communauté à un centre régional et d'améliorer considérablement la qualité des soins qui y étaient dispensés. J'ai donc participé au projet, dès les premières pelletées de terre, pour ainsi dire.

Je suis heureux d'être avec vous et de vous faire bénéficier de l'expérience que j'ai acquise dans le domaine de la santé. Je suis de ceux qui croient que nous sommes tous ici pour travailler dans l'intérêt des Canadiens. Je l'ai dit dans mon premier discours au Parlement. Que nous ayons ou non des problèmes avec nos cousins du Québec ou d'ailleurs, il reste que nous avons encore des liens de parenté. Je connais M<sup>me</sup> Picard et j'ai beaucoup de respect pour elle. Je pense qu'elle comprend le domaine médical et que la province de Québec a de bonnes idées au sujet de ce domaine-là. Bien sûr que je suis ravi de travailler avec les Québécois. Quelle que soit la façon dont nous réglerons nos problèmes de famille, nous aurons encore à vivre ensemble comme famille. J'espère donc que nous sommes tous ici pour faire quelque chose pour les Canadiens.

Je me réjouis de voir que nous allons nous occuper des affaires autochtones. Je suis d'esprit pratique et je pense que c'est par l'éducation qu'il faudra probablement commencer à aborder la question des soins de santé en milieu autochtone. La question est complexe et ne se limite pas au simple transfert de nos façons de faire. Nous devons travailler de concert avec les Autochtones. Ils ont des remèdes anciens. Je suis né en Guyane, en Amérique du Sud, et je note avec intérêt que certaines des herbes et des potions que mes grands-parents utilisaient sont maintenant vendues dans le commerce, et elles sont très efficaces. Je pense que les Autochtones pourraient peut-être nous apprendre certaines choses. Je suis vraiment ravi d'être ici pour apporter ma contribution, monsieur le président.

**Le président:** Merci, Ovid et merci, Harold. J'ai oublié de vous souhaiter la bienvenue ce matin, mais compte tenu des procédures inhabituelles auxquelles nous avons dû nous soumettre, il nous a fallu procéder à une nouvelle élection et ainsi de suite, et cela m'a échappé. Bienvenue, et j'ai bien hâte de travailler avec vous deux.

**Mr. Daviault:** It is also my first official sitting as a member of this Committee.

The interest I am taking in health comes in a large part from my wife, who has been working for many years in that field, more precisely in a CLSC of the Montreal area. It also comes from the attention I began to give in April of this year to the issues of euthanasia and assisted suicide.

Since we will be sooner or later asked, as members of Parliament, to vote freely on that issue, I think it would be wise to study it thoroughly. In a sense, this issue was for me the occasion to bear a larger interest to health in general. I think this is an area that must be scrutinized seriously. We must give to it the best attention possible, because the future of our population really depends on it.

## [Text]

Le Québec prendra la décision qu'il aura à prendre en temps et lieu. Entre-temps, nous avons à nous intéresser à tous les aspects de la vie parlementaire et de la vie de nos communautés québécoises et canadiennes et on va le faire honnêtement en essayant d'aller le plus loin possible en collaboration avec tous les membres du Comité et tous les députés.

**The Chairman:** Thanks, Michel. While this is Michel's first official meeting, we were glad to have him at the last meeting of the committee.

All of this has taken just a little more time than we had thought. We do have a guest this morning who has come at our invitation to speak to us. We're running a bit late so, with your permission, perhaps we can aim for 10:45 a.m. instead of 10:30 might to end this particular session, if that's agreeable to Dr. Mustard. I invite him to the table and say on your behalf how delighted we are to have him here. As you know, he's from the Canadian Institute for Advanced Research.

Welcome, Dr. Mustard. If there's more you'd like to tell us about yourself by way of introduction we'd be pleased to hear it, otherwise, on with the show.

**Dr. J. Fraser Mustard (President, Canadian Institute of Advanced Research):** Thank you, Mr. Chairman.

I'd like to suggest we run this as an interactive session. I will make some points and if you want to ask questions, feel free to do so and I'll try to clarify them. If we don't finish, so be it. The subject is not a simple one, and therefore I think you should feel free to try to get clarification whenever you want on any of the points. Is that acceptable, Mr. Chairman?

**The Chairman:** By all means, proceed.

**Dr. Mustard:** Thank you very much for the opportunity to be with you.

You have an interesting challenge as a committee. You will notice in the language of our society today that the words "population health" and "determinative health" have crept in. Any committee concerned with health policy needs a good understanding of what that really means. It's very easy to slip these terms into a discussion without understanding their implications.

It would use up most of our day to really take you through the subject-matter, so I propose to discuss some highlights with you, make some bold statements that you may object to, and do a little marketing.

This book has just been released called *Why Are Some People Healthy and Others Not*, which comes out of the institute's population health program. It contains a large amount of the material I'm going to refer to, as does the journal of the *American Academy of Arts and Sciences* fall issue, which is totally dedicated to a set of papers that came out of a meeting we had with the Honda Foundation, a Japanese organization, last fall.

## [Translation]

Quebec will make the decision it will have to make at the proper time. In the meanwhile, we have to be concerned by every aspect of parliamentary life and by the well-being of Quebecers and Canadians, and we will honestly do our best while trying to co-operate as closely as we can with every member of this committee and every member of Parliament.

**Le président:** Merci, Michel. Même si c'est la première comparution officielle de Michel à une de nos séances, nous avons été ravis de le voir participer à la dernière séance du Comité.

Toutes ces déclarations ont accaparé un peu plus de temps de notre Comité que nous ne l'aurions voulu. Nous avons ce matin un invité qui a accepté de venir nous adresser la parole. Comme nous sommes un peu en retard sur notre programme, je vous propose de poursuivre nos audiences jusqu'à 10h45 au lieu de 10h30 pour mettre fin à cette séance, si le docteur Mustard n'y voit pas d'objections. Je l'invite à prendre place à la table et je lui signale en votre nom que nous sommes enchantés de l'avoir parmi nous. Vous savez sans doute qu'il vient de l'Institut canadien des recherches avancées.

Bienvenue docteur Mustard. Si vous voulez ajouter quelque chose à votre sujet, en guise d'introduction, nous serons ravis de vous entendre. Autrement, nous irons immédiatement dans le vif du sujet.

**M. J. Fraser Mustard (président, Institut canadien des recherches avancées):** Merci, monsieur le président.

Je vous suggère que nous fassions de cet exercice une séance interactive. Je vais vous soumettre quelques points, et si vous avez des questions à poser, n'hésitez pas à le faire, je ferai de mon mieux pour éclairer votre lanterne. Tant pis, si nous n'avons pas le temps de terminer. Le sujet n'est pas simple, alors sentez-vous donc libre de me demander des explications au besoin. Cela vous convient-il, monsieur le président?

**Le président:** Assurément; allez-y.

**M. Mustard:** Je vous remercie de m'avoir invité à prendre part à vos délibérations.

Votre Comité a un intéressant défi à relever. Vous allez noter que dans le langage qui a cours aujourd'hui, on parle de plus en plus de «santé des populations» et de «déterminants de la santé». Tout comité qui s'interroge sur la politique de la santé a besoin de bien comprendre ce que ces termes signifient. On les glisse très facilement dans une discussion sans qu'on en comprenne les subtilités.

Il me faudrait presque toute la journée pour brosser un tableau de l'ensemble de la question. Je propose donc que nous nous en tenions à quelques grandes lignes, à quelques grands énoncés avec lesquels vous ne serez peut-être pas d'accord mais à propos desquels je vais essayer de vous convaincre.

Ce livre, intitulé *Why Are Some People Healthy and Others Not* vient juste d'être publié. Il s'inscrit dans le cadre du programme de santé des populations, élaboré par l'Institut. Il contient une abondante documentation à laquelle je vais me référer et qu'on retrouve aussi dans le numéro de l'automne du *journal of the American Academy of Arts and Sciences*, qui est entièrement consacré à la publication d'une série de documents produits à l'occasion d'un entretien que nous avons eu l'automne dernier avec la Fondation Honda, un organisme japonais.



## [Texte]

These papers embrace the relationship among how societies create their wealth, distribute their wealth, the quality of their social environments and its effect on an individual's health and well-being. The best marker of economic progress is the health of the population and the degree of health equality in the population.

## [Traduction]

Ces documents traitent des liens à faire entre les mesures que prennent les pays pour créer et distribuer la richesse, ainsi que la qualité de leurs environnements sociaux et son incidence sur la santé et le bien-être de l'individu. Le meilleur indicateur de progrès économique est la santé de la population et le degré d'égalité entre l'état de santé respectif des individus qui forment cette population.

• 0930

Those are very important relationships. I'm going to take you through a few of those. The bottom line basically is that there are inequalities in health that health care systems cannot address and that are powerfully driven by the underlying social-economic forces.

As a society we are in a period of deep and broad technological change, which is really what's causing our economic problems. If we do not understand the implications of that, we will not cope with the social adjustments that are necessary. We will yak and gab about the symptoms instead of the deeper issues.

The most vulnerable sector of the population is children. I'm going to try to show you some of the latency between early childhood and the health risks of all of us in this room.

This is not a question of the poor or the rich; it's a question of all of us. I'll try to show you some powerful gradients in health in compact social groups such as the U.K. civil service. Unfortunately we do not have data on the Canadian civil service, but all the evidence would show the same thing: the higher you are in the civil service, the healthier you are; the lower you are in the civil service, the greater your risk of dying of a heart attack in the U.K.

The at-risk gradient, which is very powerful—if we could show it to you, you'd see what I mean—is not explained by cholesterol or smoking patterns. Now, don't think you can go away and smoke because the lung cancer story is that something powerful is driving the expression of that disease that is not brought out in the conventional wisdom in which I was trained as a physician. I just want to bottom-line that for all of you.

So with that sort of introduction, I'll jump in. Just jump in when you want to ask questions.

The first thing I have to say to you is that this work comes out of the Canadian Institute for Advanced Research, which you may or may not know about. Its logo can be interpreted by some people as a bunch of squares leaning to the right. I don't know how that gets expressed in political terms, but I'll leave that to your imagination.

Ce sont des liens très importants. Je vais vous en énoncer quelques-uns. Comme postulat de base, signalons qu'il y a des inégalités dans l'état de santé respectif des gens que les régimes d'assurance-santé ne peuvent combler et qui sont fortement influencés par les forces socio-économiques sous-jacentes.

Notre société traverse une période de changements technologiques profonds et étendus, qui sont directement à la source de nos problèmes économiques. Si nous n'en comprenons pas les implications, nous ne pourrions pas effectuer les ajustements sociaux voulus. Nous allons nous attaquer inutilement aux symptômes plutôt qu'aux problèmes plus profonds.

Le secteur le plus vulnérable de la population, c'est celui des enfants. Je vais tenter de vous illustrer certains des phénomènes latents qui ont cours entre la petite enfance et les risques de contracter une maladie auxquels nous sommes tous exposés.

Pas question de discrimination entre les pauvres et les riches; tous et chacun d'entre nous y sont exposés. Je vais essayer de vous montrer certains gradients déterminants en matière de santé chez des groupes sociaux compacts, comme chez les employés de la fonction publique du Royaume uni. Malheureusement, nous ne possédons pas de données sur la fonction publique canadienne, mais tous les éléments de preuve nous permettraient d'arriver à au Royaume uni, plus haut, on se trouve dans la hiérarchie de la fonction publique, plus on est en bonne santé; plus on se situe au bas de l'échelle, plus on est exposé à mourir d'une crise cardiaque.

Le gradient à risque, qui est très déterminant—si on pouvait vous le montrer, vous verriez ce que je veux dire—n'est pas expliqué par la présence de cholestérol ou par le tabagisme. N'allez pas croire pour autant que vous pouvez fumer à volonté, car d'après ce que nous savons du cancer du poumon, il existe un facteur déterminant qui agit sur l'apparition de cette maladie et qui ne répond pas aux critères habituels qu'on m'a enseignés quand j'ai étudié la médecine. Je veux que chacun d'entre vous soit parfaitement conscient de cet élément de base.

Après cette sorte d'introduction, je vais maintenant entrer dans le vif du sujet. N'hésitez pas à m'interrompre pour poser des questions, si le coeur vous en dit.

Je tiens à vous signaler d'abord que ces travaux viennent de l'Institut canadien des recherches avancées, que certains d'entre vous connaissent peut-être. Son logo peut être interprété par certains comme un amas de carrés qui penchent vers la droite. J'ignore comment cela s'exprime en langage politique; je vais donc laisser cela à votre imagination.

## [Text]

It is remarkable in that it simply invests in human capital to interact in complex problems without having to move the people. Now, in terms of the debate that was just going on—which I don't want to get into—we link people across this country regardless of politics, language, etc. I want to emphasize that to you.

We actually penetrate substantially into the United States and Europe. We're the world's first linked institution that simply invests in human beings to tackle complex problems and leaves them located in their base.

If they were here, some of our colleagues from Quebec would tell you that Canada did not mean anything to them until they became part of this structure. That is a very important message for those of you thinking about the political dynamics of the country.

The three programs I will try to tie together come out of health, economic growth and human development. I gave you that scenario in my introduction, and now let me take you through it.

Most of you, 80% of everyone in this room—I see a few of you who would be the exception, and I won't identify who you are—would have been living in relative poverty 300 years ago, many of us in serf or slave relationships in our societies. Some of you may have gifted ancestors and you know that wasn't the case for yourselves, and I apologize to you.

But the truth is that the break point came with the first industrial revolution, which was the harnessing of fossil fuels to replace muscle energy. The women in this room would not be here today if that had not occurred, because that's when society moved to universal suffrage, had the wealth, and you shifted from 80% of your population living in poverty to 80% in relative prosperity. We forget the lessons from this in the period we're in at the present moment.

We also know that the health of the populations improved enormously as a consequence of this dramatic technological change, which was deep and broad. You'll notice there's one in 1880 marked in yellow. We now know enough about that to help the Minister of Finance and his colleagues understand what we're in today. The 1880 to 1920 change essentially was electricity for steam power.

If you study that transition period, it is not short because deep and broad technological changes are different from business cycles. It's important to understand that.

## [Translation]

L'Institut est remarquable en ce sens qu'il se contente d'investir dans le capital humain pour intervenir dans l'étude de problèmes complexes sans avoir à déplacer les gens. Maintenant, en ce qui concerne le débat qui avait cours tantôt—dans lequel je ne veux pas m'immiscer—nous réunissons des gens un peu partout au pays indépendamment de leur affiliation politique, de leur langue, etc. Je tiens à insister là-dessus.

Nous avons une pénétration assez considérable aux États-Unis et en Europe. Nous sommes la première institution en réseau au monde qui ne fait qu'investir dans le capital humain pour s'attaquer aux problèmes complexes et qui laisse les chercheurs travailler dans leur milieu naturel.

S'ils étaient ici, certains de nos collègues du Québec vous diraient que le Canada ne veut rien dire pour eux tant qu'ils ne se sentiront pas intégrés à cette structure. C'est un message très important que nous voulons laisser à ceux qui réfléchissent à la dynamique politique de notre pays.

Les trois programmes que je vais essayer de relier entre eux se rapportent à la santé, à la croissance économique et au développement humain. Je vous ai brossé ce scénario dans mon introduction, et je vais maintenant entrer dans les détails.

La plupart d'entre vous, disons les huit dixièmes de ceux qui sont présents dans cette salle—j'en vois quelques-uns qui pourraient constituer l'exception, et je ne dirai pas qui—auraient vécu dans un état de pauvreté relative il y a 300 ans; et beaucoup d'entre nous dans des conditions de servage ou d'esclavage dans nos sociétés. Certains d'entre vous ont peut-être eu des ancêtres bien doués et vous savez que ce ne fut peut-être pas le cas pour vos aïeux et j'en suis désolé.

Mais la vérité est que le point de rupture est apparu avec la première révolution industrielle, c'est-à-dire avec la mise en exploitation des combustibles fossiles qui sont venus remplacer l'énergie musculaire. Les femmes ici présentes n'auraient pu être ici aujourd'hui si cette évolution ne s'était pas produite, car elle est survenue au moment où on a adopté le suffrage universel, où la société s'est mise à prospérer et où les 80 p. 100 de la population qui vivaient dans un état de pauvreté ont commencé à connaître une prospérité relative. Nous oublions les leçons qu'il faut en tirer dans la période que nous traversons à l'heure actuelle.

Nous savons aussi que la santé des populations s'est améliorée énormément grâce à ce changement technologique extraordinaire, qui s'est effectué en profondeur et en étendue. Vous pourrez voir dans ce document qu'il y en a eu un en 1880; il est marqué en jaune. Nous en savons maintenant assez à ce sujet pour aider le ministre des Finances et ses collègues à comprendre ce qui caractérise la période que nous traversons à l'heure actuelle. Entre 1880 et 1920, nous sommes passés du moteur à vapeur à l'électricité.

Si vous observez cette période de transition, vous constaterez qu'elle n'est pas courte car les changements technologiques profonds et étendus ne correspondent pas aux cycles de commerce. Il importe de bien comprendre cela.



[Texte]

[Traduction]

● 0935

We are now in the third one, which is a substitution of chips for neurons. We don't know where we are in it, because we are in it. All we know is that it will be at least a good ten years or twenty years before it has. . . Why this relates to health is because it basically changes the way you create wealth and distribute wealth, and I think all of you can understand that it has to have deep effects on societies.

I'm going to give you a few historical glimpses of how we can show that these changes affect health.

This is an old slide. It simply shows you the decline in tuberculosis in England and Wales from 1838 to 1970, where the records allow you to get it.

This is done by a physician, McKeown. His book "The Modern Rise of Population" upset my profession and the public health world because he basically said these declines in mortality rates occurred not because of direct public health measures or medical intervention, but were caused by something else. McKeown's conclusion disturbed people. He said it was simply due to better nutrition. Now that's an interesting conclusion. That generated, in the last fifteen years, an enormous amount of research and controversy.

The important thing about McKeown's work comes from this slide. This simply shows you the overall change in crude death rates in France—you can show the same data for the United Kingdom—from 1700 to the year 2000, and the thing you can see in it is that it drops rather nicely. Now the question is why did this occur?

Last year's Nobel prize was given to two economists. One of them was a man by the name of Fogel, and Fogel's rather brilliant conclusion was we needn't know the answer to this. He knew about McKeown's work but he didn't believe that nutrition was the solution. I won't take you through all the work he has done, but it's in his Nobel prize lecture of last year.

He came to the very strong and firm conclusion that indeed McKeown was right. If you tracked food production patterns and distribution patterns, income equity in societies—I underline that for you—you could actually show that nutrition as it affected children through measurements of height, and nutrition as it affected adults through weight, which everybody in this room knows, all of you. As I look at you, have a certain measurement of the adequacy of your nutrition or excess. I won't identify anybody in particular—I have to look at myself—but it's very important to know that by taking height, he was using what we call "mean height". It's important to understand that mean height does not mean that if you're short, you're necessarily in trouble. Mean height is an expression of where the distribution of a population is. If the population isn't well enough nourished when it's young, the mean height will be shorter than if it's well nourished.

Nous en sommes maintenant au troisième, qui est marqué par le remplacement des neurones par des puces. Nous ne savons pas exactement où nous en sommes, du fait même que nous sommes en plein dedans. Tout ce que nous savons, c'est qu'il faudra au moins 10 à 20 ans pour que. . . Il y a là un certain rapport avec la santé parce que cela transforme complètement la façon de créer et de distribuer la richesse, et je suis certain que vous comprenez tous que cette situation a un effet profond sur les sociétés.

Je vais vous donner un bref aperçu historique de l'incidence que ces changements ont sur la santé.

Cette diapositive est ancienne. Elle illustre simplement la baisse des cas de tuberculose en Angleterre et au pays de Galles, en 1838 et 1970, période où les archives médicales permettent de la déterminer.

C'est l'oeuvre d'un médecin, le docteur McKeown. Son ouvrage, «The Modern Rise of Population» a perturbé les membres de ma profession et les milieux de la santé publique dans le monde entier parce qu'il soutient que ces baisses des taux de mortalité ne sont pas dues à des mesures directes dans le domaine de la santé publique ou à l'intervention des milieux médicaux, mais à autre chose. La conclusion de McKeown a surpris bien des gens. Il a dit que la baisse du taux de mortalité était tout simplement due à une meilleure alimentation. C'est une conclusion intéressante qui, au cours de ces 15 dernières années, a suscité beaucoup de recherches et de controverses.

La diapositive que voici révèle l'élément le plus important des travaux de McKeown. Elle illustre simplement le changement global des taux de mortalité brute en France—on pourrait présenter les mêmes données pour le Royaume-Uni—entre 1700 et l'an 2000; comme vous pouvez le voir, il révèle une baisse assez nette. La question qui se pose est de savoir pourquoi cela se produit?

L'an dernier, le prix Nobel a été décerné à deux économistes. L'un d'entre eux un homme du nom de Fogel, a conclu de manière assez brillante qu'il n'était pas nécessaire d'avoir la réponse à cette question. Il connaissait les travaux de McKeown mais il ne pensait pas que l'alimentation était vraiment la réponse. Je ne vais pas passer en revue tout le travail qu'il a fait dans ce domaine, mais il en a parlé dans son allocution de l'an dernier, lors de la remise du prix Nobel.

Il conclut, sans hésitation, que McKeown avait effectivement raison. Si vous étudiez les caractéristiques de production et de distribution des produits alimentaires, ainsi que l'équité des revenus dans la société—je souligne cela à dessein—il est possible de déterminer les effets de l'alimentation sur la taille des enfants, et aussi sur le poids des adultes, ce que savent bien tous ceux qui se trouvent ici en ce moment. Il suffit de vous regarder pour pouvoir déterminer, dans une certaine mesure, si votre alimentation est bonne ou excessive. Je ne vise personne—je n'ai qu'à me regarder moi-même—mais il est très important de savoir que lorsque McKeown disait la taille, c'était ce que nous appelons la «taille moyenne». Il faut bien comprendre que cela ne signifie pas que si vous êtes petit, vous allez nécessairement avoir des problèmes. La taille moyenne est une certaine expression de la répartition d'une population. Si celle-ci a été mal nourrie dans sa jeunesse, sa taille moyenne sera inférieure à ce qu'elle serait si elle avait été bien nourrie.

## [Text]

And he could show very clearly a strong linkage between a society's prosperity, its food production distribution and mean height. But, more powerfully, he then showed that it tied directly to mortality rates. So populations with mean height less than other populations weren't as healthy.

He then tied that story together to point out that early childhood—because mean height is a reflection up to maturity—must be setting a large chunk of the disease pattern. And although I was taught in medical school that the chronic diseases we see today are products of the modern affluent society, Fogel points out the brutal truth: in the people who lived in the older age, the same patterns of chronic diseases existed 100 hundred years ago. The awesome conclusion from his work, which is important, is that early childhood nutrition story ties directly into the risks of chronic diseases in adult life.

So there is an historical analysis that ties directly into economies and health. But even more important for those of you in government, he points out that variations in prosperity and in income equity directly correlate with the shifts in the health of the population. That's a hard message, but it's real.

These are all his conclusions, which I'll skip for you. This is an interesting little slide. What it shows you is recruits to the Union Army at the time of the U.S. civil war. What you have is relative rejection rates of these young recruits against their height. Now, these are mean heights again, please bear with me; if you're short don't be concerned, because you're probably genetically programmed that way and have been well nourished when you were young. But you notice the rejection rates for the ones that are shorter are much higher. These are young people. Notice their bad teeth, inguinal hernias and circulatory diseases. In other words, these phenomena do not pick a disease, they carry a. . . Well, do we know anything about it today? By the way, this slide is important.

## [Translation]

Fogel a montré très clairement qu'il existait un rapport étroit entre la prospérité d'une société, la production et la distribution de ses produits alimentaires et la taille moyenne. Mais il a surtout montré qu'il y avait également là un rapport direct avec les taux de mortalité. La santé d'une population était donc fonction de sa taille moyenne.

Il a ensuite rassemblé ces divers éléments pour montrer que l'enfance—puisque la taille moyenne est un facteur jusqu'à la maturité—est la période de la vie au cours de laquelle s'établissent la plupart des tendances relatives aux maladies. Lorsque j'étais étudiant en médecine, on nous enseignait que les maladies chroniques d'aujourd'hui sont des produits de la prospérité de notre société moderne, mais Fogel, lui, nous révèle une vérité brutale: chez les personnes qui parvenaient à un âge avancé, les mêmes maladies chroniques existaient déjà, il y a 100 ans. La conclusion extrêmement importante que l'on peut tirer de son oeuvre est que l'alimentation pendant l'enfance est directement liée aux risques de maladies chroniques à l'âge adulte.

Il existe donc une analyse historique qui établit un rapport direct entre l'économie et la santé. Mais ce qui est encore plus important pour ceux d'entre vous qui travaillez pour le gouvernement, c'est que Fogel montre que les variations de la prospérité et de l'équité des revenus sont directement liées aux variations de l'état de santé de la population. C'est un message difficile à accepter, mais c'est la réalité.

Voilà donc ses conclusions, sur lesquelles je passerai. Voici maintenant une petite diapositive fort intéressante. Elle nous montre les taux de rejet relatifs des jeunes recrues de l'armée de l'Union à l'époque de la Guerre civile américaine, en fonction de leur taille. Il s'agit encore une fois là de taille moyenne, mais soyez patient; si vous êtes petit, ne vous inquiétez pas, car c'est probablement votre programme génétique qui le veut et vous avez probablement eu une bonne alimentation dans votre enfance. Mais vous remarquerez que les taux de rejet pour les plus petits d'entre eux, sont beaucoup plus élevés. Il s'agit pourtant de jeunes gens. Notez leurs dents cariées, leurs hernies inguinales et leurs maladies du système circulatoire. Autrement dit, ces phénomènes ne sont pas les indices d'une maladie, mais de. . . Que savons-nous de plus aujourd'hui? A propos, cette diapositive est importante.

• 0940

Fogel came to the conclusion, and you're going to be debating this in the House, that 50% of the economic growth in the United Kingdom since the industrial revolution was simply due to better nutrition of the population, which in effect is better health of the population. So, as Mr. Martin has to cut his budget, or cut public expenditures, you had better think very hard about how those cuts ramify back into the society and disturb what we know is a hard fact, no question or waffling about it. We know it's real. Deterioration of your social environment can actually hit your potential for economic growth. That's the message that comes from that.

Fogel étant parvenu à la conclusion, sujet que vous aurez à débattre à la Chambre, la moitié de la croissance économique du Royaume uni depuis la révolution industrielle est simplement due à une meilleure alimentation de la population, c'est-à-dire, en pratique, à un meilleur état de santé de celle-ci. Donc, comme M. Martin est obligé de réduire son budget, ou plutôt les dépenses publiques, vous feriez bien de réfléchir sérieusement à l'incidence probable de ces coupures sur la société et à vous préoccuper de quelque chose de tout à fait réel; il n'est pas question d'hésiter à ce sujet. La détérioration de l'environnement social pourrait en fait compromettre le potentiel de croissance économique. Voilà donc la conclusion qui se dégage de tout cela.



[Texte]

Britain is the only historical example we have records on which allow us to track changes in health in a failed economy. Great Britain, at the turn of the century, failed to invest in the new technologies. This is extremely well documented now. The regions of the United Kingdom that were part of the original industrial revolution did not have investments in them and declined dramatically.

The area around London that had the financial institutions is simply plagued with money. Michael Porter calls it a wealth-driven economy. That means that Britain allowed its financial institutions to invest in currency markets, real estate and other things that are really not instruments of wealth creation.

You really have to think hard about your own tax structure in terms of what I just said. You may not think of it as a health measure, but it's actually extremely important. Consequently, the pools of capital in the U.K. did not invest. If you look at the U.K. economy against that you see some very dramatic things.

We'll skip that slide and move directly on to this one, Britain's relative prosperity compared to the rest of the world. It did grow, but from 1895 to 1977-78 it shows a sharp decline relative to the other nations, pounds sterling per capita. You cannot have that phenomenon without it affecting your basic social structure and the health and well-being of your populations. We do have some data that show this.

This is mortality by social class in the United Kingdom. The vertical axis is the measure of death, the standardized mortality ratios. The lower the figure, the fewer the deaths—the way this is calculated—and five is the bottom social class. Obviously, one is the top social class. You notice there was a gradient in the 1930s to 1950s. That gradient bothered the British, because that gradient, which they knew about, led them to introduce public financing of health care with a very clear statement in their documents that if you remove the financial barriers to access to health care you would compress the gradient; you would get at the inequalities question.

Actually, if you go back to our own Hall royal commission the same arguments are in that document. Anyone trained as a physician, as I was at that time, could have told you that medicine can't change that gradient very much. That's driven by other factors.

The British, in 1977 or thereabouts, had a royal commission called the Merrison royal commission, which examined, as we have done in our own country, its health care system, and they suddenly found that the gradient in health across social classes had powerfully widened, which set off a powerful debate in the United Kingdom, which is still going on. Is this because there are other barriers to access to health care, which there are, or is it because other factors are powerful driving forces? I think the conclusion today would be, as this book outlines too, the other driving forces that are powerful factors creating that.

[Traduction]

La Grande-Bretagne est le seul exemple historique documenté qui nous permet de déterminer les changements de l'état de santé dans une économie en déclin. Au tournant du siècle, ce pays-là n'a pas su investir dans des techniques, comme le montre une foule de documents. Les régions du Royaume uni qui avaient pris part à la révolution industrielle, à l'origine, n'ont pas investi dans ces technologies et ont connu un déclin très marqué.

La région londonnienne où se trouvent les institutions financières est, en un sens, victime de l'argent. Michael Porter appelle cela une économie axée sur la richesse. Cela signifie que la Grande-Bretagne a laissé ses institutions financières investir dans les marchés des devises, l'immobilier et d'autres secteurs qui ne contribuent pas vraiment à la création de richesse.

Il importe que vous examiniez attentivement votre régime fiscal à la lumière de ce que je viens de dire. Peut-être n'y voyez-vous pas de rapport avec la santé, mais c'est en fait très important. Les groupes qui détenaient les capitaux au Royaume uni n'ont donc pas investi. Si vous examinez l'économie britannique dans cette perspective, un certain nombre de points frappants se dégagent.

Sautons cette diapositive et passons directement à la suivante, celle qui illustre la prospérité relative de la Grande-Bretagne par rapport au reste du monde. Elle a effectivement connu une croissance, mais de 1895 à 1977-78, on peut constater un fléchissement très net par rapport aux autres nations, en ce qui concerne le nombre de livres sterling par habitant. Un tel phénomène influe inévitablement sur les structures sociales de base et sur la santé et le bien-être des populations. Nous disposons de quelques données pour l'illustrer.

Voici le taux de mortalité par classe sociale au Royaume uni. L'ordonnée mesure les ratios de mortalité normalisés. Plus le chiffre est bas, moins il y a de mortalité—selon la méthode de calcul—et le chiffre 5 correspond à la classe sociale inférieure. Manifestement, le chiffre 1 est celui de la classe sociale supérieure. Vous noterez un gradient au cours des années trente à cinquante. Ce gradient a inquiété les Britanniques, ce qui les a amenés à adopter un régime de financement public des soins de santé. Leur documentation révèle en effet clairement qu'ils considèrent que si vous éliminez les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé, il est possible de réduire le gradient et de trouver une solution au problème des inégalités.

En fait, on retrouve les mêmes arguments dans le rapport de la commission royale Hall. N'importe quel médecin,—je l'étais à l'époque—aurait pu vous dire que la médecine n'a guère d'effet sur un tel gradient. Il est déterminé par d'autres facteurs.

Vers 1977, les Britanniques ont chargé la Commission royale Merrison d'étudier, comme nous l'avons fait chez nous, le régime de soins de santé du pays, et ils ont soudain découvert qu'il y avait maintenant un écart beaucoup plus considérable entre les diverses classes sociales sur le plan de la santé, ce qui a déclenché un vigoureux débat au Royaume uni, débat qui se poursuit encore. Cela s'explique du fait qu'il y a d'autres obstacles à l'accès aux soins de santé—il y en a certainement—au fait que d'autres facteurs très puissants entrent en jeu. Je crois qu'on conclurait aujourd'hui, comme l'indique d'ailleurs cet ouvrage, que ces facteurs jouent un rôle extrêmement important.

## [Text]

This does not say you should not publicly finance health care, and I hate people who interpret this information that way. What it says is you have two functions. One is the provision of care to people who are sick. That's important, but don't expect that care to be able to tackle the underlying problem that is driving the gradient function. Is the message I'm trying to give to you clear to everybody?

If you look at Great Britain by region, and boy, you have to look at it in great scope as a parliamentary committee, the regions that were part of the original industrial revolution, northern, western, Yorkshire, and Midlands, have much higher unemployment rates, not surprisingly, than the regions around London that play with money, if I may be harsh. You'll see that these standardized mortality ratios show that mortality rates are much lower in the area around London, and much higher in the other regions.

● 0945

**Mr. Szabo:** I want to understand that last point, Doctor. You said that the provision of care to those who are sick does nothing to tackle that gradient situation. If I understand you correctly, the lower your social class, the greater the probability of you getting sick or dying. So if you're treating the sick, aren't you proportionately treating the lower class?

**Dr. Mustard:** Yes.

**Mr. Szabo:** So the treatment is there but you're saying that doesn't necessarily change the incidence of that. It would just continue. It's not a solution, it's just a—

**Dr. Mustard:** It's important to do that because when people are sick they need help. You can be helpful. Medicine has improved greatly since I graduated, but the factors driving the illness patterns are not driven by the health care system. That's the important distinction to make.

**Mr. Szabo:** It's their economic role.

**Dr. Mustard:** That's right.

The next slide shows the number of prescription items by region of unemployment in the U.K. You'll see that prescription drug use is much higher in the regions where you have the poorest economy.

**Mr. Jackson:** Lifestyle—what you eat, where you exercise and that kind of stuff—is the part that you haven't talked about here. Poverty includes all of that.

**Dr. Mustard:** I'm going to come to lifestyle. Lifestyle and population is also on the gradient. Lifestyle is not a free choice. Lifestyle is largely set by early childhood. I'll come to the implications to that a little later on.

So the U.K. has been a good model. Fortunately we don't have enough records to track our own country—or unfortunately, I'm not sure what way you want to look at it.

## [Translation]

Cela ne veut pas dire que le financement public des soins de santé est à rejeter; j'ai horreur des gens qui adoptent cette interprétation. Cela signifie que vous avez deux fonctions. La première est de fournir des soins aux malades. C'est important. Mais ne vous attendez pas à ce que cela suffise pour régler le problème sous-jacent qui détermine le gradient. Comprenez-vous bien ce que j'essaie de vous expliquer?

Si vous étudiez la Grande-Bretagne par région et Dieu sait que vous avez à le faire en tant que comité parlementaire, vous constaterez que celles qui ont participé à la première révolution industrielle, c'est-à-dire le nord, l'ouest, le Yorkshire et les Midlands, connaissent des taux de chômage beaucoup plus élevés, ce qui n'est d'ailleurs pas surprenant, que la région londonnienne qui jongle avec l'argent, si je peux m'exprimer ainsi. Vous verrez que les taux de mortalité normalisés sont beaucoup moins élevés dans la région londonnienne que dans les autres régions.

**M. Szabo:** Je voudrais bien comprendre ce dernier point, Docteur. Vous avez dit que la prestation de soins aux malades n'a aucun effet sur le gradient. Si je vous comprends bien, plus la classe sociale à laquelle vous appartenez est basse, plus grandes sont vos chances de tomber malade ou de mourir. Donc, si vous traitez les malades, ne traitez-vous pas surtout les gens de la classe inférieure?

**Dr Mustard:** En effet.

**M. Szabo:** Le traitement existe donc mais ce que vous voulez dire c'est que cela ne change pas nécessairement le taux de maladie et que la situation persistera. Ce n'est pas une solution, c'est simplement... .

**Dr Mustard:** Il est important de le faire car, lorsque les gens sont malades, ils ont besoin d'aide, et il est possible de leur fournir. La médecine a fait de grands progrès depuis que j'ai obtenu mon diplôme, mais les facteurs qui influent sur les caractéristiques de maladie échappent au contrôle du régime de soins de santé. C'est là une distinction importante à faire.

**M. Szabo:** C'est leur rôle économique.

**Dr Mustard:** C'est exact.

La diapositive suivante illustre le nombre de médicaments d'ordonnance par région de chômage au Royaume uni. Comme vous le voyez, on utilise beaucoup plus de médicaments d'ordonnance dans des régions où l'économie est la plus mauvaise.

**M. Jackson:** Le mode de vie—ce que vous mangez, les exercices que vous faites, et tout le reste—est un facteur dont vous ne nous avez pas parlé. Tout cela fait partie de la pauvreté.

**Dr Mustard:** J'y viens. Mode de vie et la population figurent également sur le gradient. On ne choisit pas librement son mode de vie, car celui-ci est déterminé dans une large mesure dès l'enfance. Je parlerai de ces conséquences un peu plus tard.

Le Royaume uni a donc été un bon modèle. Heureusement, la documentation dont nous disposons n'est pas suffisante pour nous permettre de suivre l'évolution de la situation dans notre pays—ou peut-être au contraire, faudrait-il le regretter.



## [Texte]

We do know that the wealth of countries has changed. I'm not going to say much about that except that Canada has not been improving its economy at the same rate as those nations at the top of the agenda. I'll come back to that later. We know something about Japan, which I do want to show you, but I'll first show you Sweden because it is a European culture.

The data I showed you for social class change over time... The Swedes track their population by social class, as does the United Kingdom, so it allows you to make the comparison. You will notice that the bottom social classes in Sweden actually have a lower mortality than the top social classes in the U.K. So those of you who are top-class people, don't think you're not vulnerable to what I'm telling you. You are. So this isn't a question of them versus us, it's a question of us. I want to underline that point. We tend to break it down into the us versus them kind of phenomenon. You will also notice that the gradient in Sweden is much shallower than the gradient in the U.K.

We do know that countries that aggressively address this question can shift the inequalities and health agenda. That's the message I want to leave with you from that. Do you get that point?

I want to show you this one. We know through the World Bank that for Czechoslovakia, Hungary, and all the eastern European countries their health status has gone down since about 1960, when those old command economies started to collapse. This is not due to environmental pollution, it's driven by the underlying destruction of the normal social climate that people live in. It's quite dramatic to see the pattern of this change.

Japan has shown the most extraordinary change in life expectancy that we've ever seen. They did it from 1960 to 1985 or 1986. They soared past us and they did it without significantly increasing their expenditures on health care. They provide health care, which is important, but it has basically been driven by the economy of Japan.

What most people do not know about Japan and its prosperity—and it's not a socialist country—is that it has one of the highest degrees of income equity in the world. Nobody knows how they've achieved it, although I have my own belief.

If you're thinking of Wal-Mart versus other small shops, you have to ask why Tokyo and Osaka have not broken down, because they have some of the highest population densities in the world. Japanese may not read Jane Jacobs but they're practitioners of Jane Jacobs' philosophy that large cities have to be groups of smaller communities. I think the instrument the Japanese use is small businesses.

## [Traduction]

Ce que nous savons c'est que la richesse des pays a changé. Je ne m'attarderai pas sur ce point et me contenterai de dire que le Canada n'a pas amélioré son économie au même rythme que les nations de tête. J'y reviendrai tout à l'heure. Avant de vous montrer ce que nous savons du Japon, je vais illustrer le cas de la Suède parce que c'est un pays de culture européenne.

Les données que je vous ai montrées concernant la classe sociale changent avec le temps... Les Suédois classent leur population par classe sociale, comme le fait le Royaume uni, ce qui va vous permettre de faire une comparaison. Vous noterez que les classes sociales inférieures en Suède ont en fait un taux de mortalité inférieur aux classes sociales supérieures au Royaume uni. Ceux d'entre vous qui appartiennent aux couches supérieures de la société, n'allez pas croire que vous n'êtes pas vulnérables, car vous l'êtes. La question n'est pas de nous comparer à eux mais de considérer notre situation. Je tiens à souligner ce point. Nous avons en effet tendance à faire ce genre de comparaison. Vous noterez par ailleurs qu'en Suède, le gradient est beaucoup moins marqué qu'au Royaume uni.

Nous savons pertinemment que les pays qui s'attaquent vigoureusement à la question réussissent à modifier les inégalités et la situation dans le domaine de la santé. Voilà la conclusion que je veux que vous en tiriez. Le comprenez-vous bien?

Je vais maintenant vous présenter cette diapositive-ci. Grâce à la Banque mondiale, nous savons qu'en Tchécoslovaquie, en Hongrie, et dans tous les pays d'Europe de l'Est, la situation s'est aggravée sur le plan de la santé depuis 1960, alors que leurs économies dirigées ont commencé à s'effondrer. Ce phénomène n'est pas dû à la pollution de l'environnement, mais à la destruction du climat social normal dans lequel vivent ces gens-là. Il s'agit là d'un changement extrêmement marqué.

Le Japon a connu le changement le plus extraordinaire de l'espérance de vie que nous ayons jamais vue. Cela s'est produit entre 1960 et 1985 ou 1986. Les Japonais nous ont laissé dans leur sillage sans pourtant augmenter sensiblement leurs dépenses en faveur des soins de santé. Certes, ils en fournissent, ce qui est important, mais le phénomène est surtout dû à l'essor de l'économie japonaise.

Ce que la plupart des gens ignorent au sujet du Japon et de sa prospérité—ce n'est pourtant pas un pays socialiste—c'est que l'équité des revenus est une des meilleures du monde. Personne ne sait comment les Japonais y sont parvenus, bien que j'aie ma petite idée là-dessus.

Si vous pensez à l'affrontement entre Wal-Mart et les petits commerçants, force est de vous demander pourquoi Tokyo et Osaka ne se sont pas écroulés, puisque la densité de la population dans ces deux villes est une des plus élevées du monde. Les Japonais ne lisent peut-être pas Jane Jacobs mais ils mettent en pratique ses principes et considèrent comme elle que les grandes villes doivent être organisées en groupes de petites collectivités. Je crois que l'instrument que les Japonais utilisent est la petite entreprise.

[Text]

[Translation]

• 0950

By the way, the Japanese, as far as I can tell, do not tax small businesses because small businesses form structures around which communities form. I think if we looked at that a lot more we'd find that actually affects income distribution. Japan has a high degree of income equity without being a tax-and-distribute society.

It's a very interesting puzzle. You say we don't want to be like the Japanese. No, but we've got neurons between our ears and we can at least try to understand what they do to see if we can replicate it.

On this thesis, a Wal-Mart endeavour could be destructive of basically sustaining this kind of community dynamic, and I think that's part of the fight between Japan and the United States, to be blunt. The Japanese understand this. I don't want to get into that, as I made that point.

Now let me take you to gradients. Gradients in health provide the best clue to try to understand what is driving this variance in health across populations. These are good Canadian data. This is my cohort. I wasn't in it when it was done, because I'm now retired. These are the average earnings of half a million Canadian males on retirement, on the bottom axis, and the mortality rate after retirement.

Think about that. That's a perfectly linear gradient. Quite fascinating! The higher your earnings in the last 12 years, the lower is your mortality rate when you retire. There are all kinds of explanations for this. The other thing we know is if you're a single male when you retire, your mortality rate at every quintile of income is twice that of the males who stay spoused. Those of you who are males approaching retirement, don't ditch your spouse. She may want to ditch you, but don't ditch your spouse because you're not going to be able to overcome it very easily, or the effects on your health. It's part of the human dynamic, which I'll come back to in a moment.

You asked a question about use of health care systems and services. These are data on a million Canadians in the province of Manitoba. Are any of you here from Manitoba? No? It's unfortunate, because this is a most remarkable data set. Indeed, as a committee you should, in my judgment, make contact with these people. What you have is a social economic risk index on the bottom. That's a measure of unemployment, level of education, income, etc., put into an index. The lower you are, the better your social economic risk index, or at least the less risk you have.

And there is health status, which is a measure of sickness as actually picked up through the totally integrated health record system of the province of Manitoba. The Government of Manitoba put \$3 million up with the university to allow this to

À ce propos, à ma connaissance, les Japonais n'imposent pas les petites entreprises parce que celles-ci constituent des noyaux autour desquels se forment les collectivités. Je crois qu'un examen plus approfondi vous montrerait l'incidence que cela a sur la répartition des revenus. Tout en n'étant pas une société fonctionnant selon le principe de l'imposition et de la distribution des recettes, le Japon jouit d'un degré élevé d'équité quant à la répartition des revenus.

C'est là une énigme fort intéressante. Vous dites que vous ne voulez pas être comme les Japonais. Non, mais nous avons une cervelle et nous pourrions au moins nous donner la peine d'essayer de comprendre ce qu'ils font pour voir s'il serait possible de faire la même chose chez nous.

Sur cette base, une entreprise telle que Wal-Mart pourrait avoir un effet destructif sur ce genre de dynamique communautaire, et pour dire les choses carrément, je crois que c'est là une des raisons de l'affrontement entre le Japon et les États-Unis. Les Japonais le comprennent bien. Mais je ne tiens pas à engager la discussion dans cette voie.

Voyons maintenant les gradients. Ceux qui concernent la santé nous offrent le meilleur moyen de comprendre les écarts entre les populations. Ce sont de solides données canadiennes. Je n'en fais pas partie car je n'étais pas encore à la retraite quand ce travail a été fait. Vous avez là les gains moyens d'un demi-million de retraités canadiens de sexe masculin, sur l'axe inférieur, et le taux de mortalité après le départ à la retraite.

Considérez bien ceci, le gradient est parfaitement linéaire. C'est absolument fascinant! Plus les revenus ont été élevés au cours des 12 dernières années, plus le taux de mortalité est faible à la retraite. Il y a une foule d'explications pour cela. Nous savons également que si on est célibataire au moment du départ à la retraite, le taux de mortalité, à chaque quintile de revenu, est le double de celui des hommes mariés. Ceux d'entre vous qui approchent de la retraite feraient bien de ne pas laisser tomber leur épouse. C'est peut-être d'ailleurs elle qui voudrait se débarrasser de vous, mais n'en faites rien, car vous aurez bien du mal à surmonter cette situation, ou à en neutraliser les effets sur votre santé. Cela fait partie de la dynamique humaine, sujet auquel je reviendrai dans un instant.

Vous avez posé une question au sujet de l'usage des régimes et des services de soins de santé. On dispose de données sur un million de Canadiens du Manitoba. Certains d'entre vous sont-ils de cette province? Non? C'est dommage, car il s'agit là d'un ensemble de données tout à fait remarquables. À mon avis, votre comité devrait d'ailleurs prendre contact avec ces gens-là. Au bas du tableau vous avez un indice de risques socio-économiques. Celui-ci mesure le chômage, le niveau d'instruction, le revenu, etc., et le taux est traduit par un indice. Plus vous êtes bas, meilleur est votre indice de risques socio-économiques, ou du moins, moins il est élevé.

Il y a aussi un indice de l'état de santé, qui est une mesure des maladies, établie grâce au système d'archives médicales totalement intégré de la province du Manitoba. Le gouvernement de la province a accordé une subvention de 3



## [Texte]

take place. Statistics Canada was given permission to allow linkage of the Statistics Canada files, under the control of Statistics Canada, with this data system so that you actually now have a totally integrated system. There are no individual identifiers used in this. It is totally done by regional settings to get the things put together. You can actually use your standard administrative set of health care data, plus a few markers of regional social economic status, to see what's happening to population groups. You can see that the poorer the social economic risk index, the poorer is the health status.

Those of you who know your country well will know that Thompson, Norman, Parkland have a large first nations population. That's not surprising, and we do know that the health care delivery gets to all of these areas. This again comes back to that gradient, which the health care system can not overcome, but, boy, look at the short-term hospital days—exactly what you'd expect, because the burden is there. You're providing a lot of health care. Do you see that? That very powerfully puts that across to you.

We see gradients in other cultures. This is Scotland. They've done the same kind of thing on a massive database, showing the gradient in health by standardized mortality ratios against deprivation scores. When you get above 65 the survivors don't tend to show as steep a gradient. There are reasons for that. But you see the zero to 64. It's quite a dramatic gradient. This is sickness absence, and for those of you in businesses what we're looking at is also a very important factor in a business operation because sickness absence shows the same function when you look at it this way.

This is the important point. I'm going to move into it, because when I first had to encounter this eight years ago, trained as a physician with diseases that have causes, I became puzzled in having to confront this information through the work of our colleagues.

What you have is gradients of mortality in which you have the lowest, most affluent and most deprived parts of this Scottish database showing that for all infectious diseases—cancer of the esophagus, chronic rheumatic heart disease, ischaemic heart disease in all age groups from zero to 64, pulmonary heart disease and ulcers—and for accidents and suicides, there's quite a striking gradient. So the gradient function is not disease-specific.

The thing that puzzled me is what on earth is there in Scotland that makes the gradient appear for not only heart disease but suicides and accidents? It's an interesting puzzle. What's the driving force behind that?

The most powerful set of data is of course the study in Whitehall. There were 16,000 Whitehall civil servants who were simply studied progressively. Think of Whitehall civil servants. They're all educated. They're all reasonably well-fed. They're all reasonably well housed. There isn't a huge income disparity in comparison to other parts of the society.

## [Traduction]

millions de dollars à l'Université pour cela. Statistique Canada a été autorisée à établir un lien entre les dossiers que contrôle cet organisme avec ce système de données, de manière à disposer d'un système totalement intégré. On n'y utilise aucun identificateur individuel et on procède par ensembles régionaux. Vous pouvez en fait utiliser l'ensemble administratif ordinaire de données sur les soins de santé, plus quelques repères de la situation socio-économique régionale pour déterminer ce qui se passe dans divers groupes de population. Comme vous pouvez le voir, plus l'indice de risques socio-économiques est mauvais, plus l'état de santé l'est également.

Ceux d'entre vous qui connaissent bien notre pays savent que Thompson, Norman et Parkland ont une importante population autochtone. Cela n'a rien de surprenant, et nous savons que l'on y fournit des soins de santé. Cela nous ramène au gradient, sur lequel les soins de santé n'ont aucune incidence, mais notez le nombre de séjours à court terme à l'hôpital... exactement ce à quoi on s'attendrait, car le fardeau existe. Vous fournissez énormément de soins de santé. Vous voyez? Cette diapositive illustre bien clairement la situation.

Nous voyons par ailleurs des gradients dans d'autres cultures. Voici l'exemple de l'Écosse. Les Écossais ont, eux aussi, utilisé une énorme base de données et le gradient relatif à santé est établi grâce à une comparaison entre des taux de mortalité normalisés et les chiffres de carence des moyens de subsistance. Au-delà de 65 ans, le gradient des survivants est moins marqué. Il y a des raisons à cela. Mais voyez ce qu'il est de zéro à 64; il est très impressionnant. Cela représente l'absence de maladie et pour ceux d'entre vous qui appartenez au secteur privé, cela constitue également un facteur très important d'une entreprise commerciale car l'absence de maladie joue en quelque sorte le même rôle.

• 0955

C'est le point important. Je vais l'aborder, parce que il y a de cela huit ans, j'ai été perplexe lorsque j'ai pour la première fois été confronté à cette information par le travail de nos collègues, vu que j'avais une formation de médecin, pour qui les maladies ont des causes.

Il s'agit de gradients de la mortalité où vous retrouvez les éléments les plus bas, les plus influents et les plus défavorisés de cette base de données écossaises montrant que pour toutes les maladies infectieuses—cancer de l'oesophage, rhumatisme cardiaque chronique, cardiopathie ischémique, dans tous les groupes—âge de 0 à 64 ans, maladies cardiaques pulmonaire et ulcères—et pour les accidents et les suicides, il y a un gradient très remarquable. La fonction de gradient n'est donc pas propre à une maladie.

Je me demandais ce qu'il pouvait bien y avoir en Écosse qui fasse apparaître le gradient non seulement pour les maladies cardiaques mais aussi pour les suicides et les accidents. C'est une question intéressante à élucider. Quel en est le moteur?

L'ensemble le plus contraignant de l'année est bien entendu l'étude effectuée à Whitehall, qui a porté sur une simple étude progressive de 16 000 fonctionnaires de cette ville. Pensez un moment à ces gens-là. Ils sont instruits et sont raisonnablement bien nourris et bien logés. Il n'existe pas de grandes disparités salariales par comparaison à d'autres segments de la société.

## [Text]

But what you find when you study the civil service by job classification—and the vertical axis is accumulative mortality—is that the very bottom tier accumulates over a ten-year period more deaths than the very top tier, but the tier just down from the top tier, which includes the professionals, the physicians, the lawyers, etc., in the U.K. civil service, has a higher mortality rate.

This is why what we're looking at is a phenomenon of not just the poor. It's a phenomenon of society overall. It's really a middle-class problem.

Dramatically these data show very clearly that these gradients hold for all the major causes of death. Certain conditions like breast cancer, as far as we can tell, and malignant melanomas do not show it, but it's true for a huge chunk of cancers, coronary heart disease, chronic bronchitis, gastro-intestinal disease, and again, accidents and suicides.

This is true for smoking-related and non-smoking-related diseases. The question was raised about lifestyle. The U.K. civil service shows a striking gradient in smoking patterns. The people on the bottom smoke more than the next tier, etc., etc. But you can now analyse the data to see how much smoking contributes to the problem.

In the case of lung cancer, it is a direct contributor. That's not surprising, but it also comes back, Mr. Jackson, to your question about lifestyle. It says very powerfully that lifestyle may not be entirely a free choice, because whatever's driving the gradient correlates to the lifestyle patterns. That becomes a very important part of the subject.

This is an important lesson, or at least it is for me, because this happens to be an area in which I've spent much of my life in medical science. This is the coronary heart disease risk pattern for males under the age of 55 in the Whitehall study. What you see is the bottom tier has four times the risk of dying of a heart attack of the top tier.

If you were a champion of cholesterol testing and cholesterol treatment, you'd ask if it's because the cholesterol levels are higher in the bottom tier. The little orange bar shows you what happens when you use cholesterol as an explanatory effect for this gradient. It has no explanatory power at all. Indeed, it isn't the reason for this gradient. Do you see that point?

It really asks, in terms of public health measures, are you and I justified in universal cholesterol screening and intervention programs that we're engaged in? It's an interesting question. I don't want to give the answer to it, but at least as a committee you may want to think about it.

Smoking has a relatively small effect, which is really very dramatic and very puzzling. Blood pressure has only a small effect. The bulk of it can't be explained.

## [Translation]

Mais ce que vous découvrez lorsque vous étudiez la fonction publique par classification d'emploi—l'axe vertical est celui de la mortalité cumulative—c'est qu'à l'échelon le moins élevé on constate un plus grand nombre de décès au cours d'une période de 10 ans qu'à l'échelon le plus élevé, mais qu'à l'échelon juste en-dessous de ce dernier qui comprend les professionnels, les médecins, les avocats, etc., dans la fonction publique anglaise, le taux de mortalité est plus élevé.

C'est la raison pour laquelle ce que nous examinons est un phénomène qui ne concerne pas seulement les pauvres mais l'ensemble de la société. C'est en réalité un problème de classe moyenne.

Ces données montrent avec une clarté frappante que ces gradients valent pour toutes les principales causes de décès. Certains états de santé comme le cancer du sein, pour autant que nous sachions, et les mélanoblastomes ne le montrent pas, mais cela est valable pour un tas d'autres cancers, pour l'insuffisance coronarienne, la bronchite chronique, les maladies gastro-intestinales et, ici encore, pour les accidents et les suicides.

Cela est tout aussi vrai pour les maladies liées ou non au tabagisme. On a soulevé la question du mode de vie. La fonction publique anglaise donne un gradient frappant pour ce qui est des habitudes des fumeurs. Les gens au bas de l'échelle fument davantage que ceux de l'échelon suivant, etc., etc. Mais vous pouvez maintenant analyser les données pour essayer d'établir dans quelle mesure le tabagisme contribue au problème.

Dans le cas du cancer du poumon, c'est un facteur qui y contribue directement. Cela n'est guère surprenant, mais cela revient, monsieur Jackson, à votre question sur le mode de vie. Cela montre bien clairement que le mode de vie n'est peut-être pas un libre choix, parce que ce qui détermine le gradient correspond au mode de vie. Cela devient une partie très importante de la question.

Et c'est une importante leçon du moins pour moi parce qu'il se trouve que c'est un domaine de la science médicale dans laquelle j'ai passé une bonne partie de ma vie. Il s'agit du risque de maladie coronarienne pour les hommes de moins de 55 ans dans l'étude Whitehall. L'échelon le moins élevé a quatre fois plus de chances de mourir d'une crise cardiaque que l'échelon le plus élevé.

Si vous croyez aux tests de cholestérol et au traitement du cholestérol, vous vous demanderez si les taux de cholestérol sont plus élevés à l'échelon le moins élevé. La petite ligne orange vous indique ce qui arrive lorsque vous vous servez du cholestérol comme effet explicatif pour ce gradient. Il n'a aucun pouvoir explicatif. En effet, ce n'est pas là la raison de ce gradient. Voyez-vous ce point?

La question réellement posée, du point de vue des mesures de santé publique, est celle-ci : suis-je et êtes-vous justifiés de mettre en oeuvre des programmes universels de dépistage du cholestérol et de lutte contre celui-ci? Question intéressante. Je ne vais pas y répondre mais, en tant que comité, vous feriez peut-être bien d'y penser.

Le tabagisme a un effet relativement faible, ce qui est en réalité très grave et très étonnant. La pression artérielle a aussi peu d'effet. Mais en gros on n'arrive pas à l'expliquer.



[Texte]

When you see a risk dimension of that magnitude and you can't explain it, that's a very significant public health issue. So as you start to look at populations from a population perspective as opposed to a disease perspective, it's a different way of looking at it. The problems appear differently.

Let me take you into some clues and pathways. By the way, feel free to interrupt any time you want an explanation for something or want to debate something.

Yes?

**Mr. Culbert:** Doctor, while you're on that point, can you take a little break on it? A thought goes through my mind about what you're really saying here. Are you a brother-in-law or anything to Lloyd Axworthy?

**Some hon. members:** Oh, oh.

**Mr. Culbert:** Because in listening to the report that came in yesterday, so much of the information you're providing almost seems to be a duplication of what he was talking about in that report. I'm just wondering if there's been some consultation going on there.

• 1000

**Dr. Mustard:** Lorna Marsden is a member of the research council of the institute, and she's one of the people on his advisory committee. So I suspect knowledge does get distributed. And we did run a seminar for him on Saturday, which obviously influenced his report, about the question of early childhood and the risks to educational performance and health.

**Mr. Culbert:** Will you be making a presentation in that area during the consultation process on HRD? The two, from your perspective and from what you're saying this morning, really have to go together.

**Dr. Mustard:** I agree with you. I don't know whether I'll be making any presentations. Only certain people will suffer me. I'm very grateful to you this morning.

I will carry on with this story.

**Ms Bridgman:** I have a question about the mortality rate in relation to heart disease. My mind keeps going back to that slide. You showed the most deprived and the most affluent, and the most-deprived graph goes up quite quickly. I always thought heart conditions—and this is loosely—are stress-related kinds of things. Yet administrative is on the bottom. Cause number one is a more physical kind of activity in work, where administrative tends to be more desk work; we're supposed to go out and jog and that kind of thing. Are you saying physical and nutrition are equal in disease, or is there more stress for these people who have less—

**Dr. Mustard:** You've asked what to me is a very fundamental question. I had to go through the gymnastics—which relates to your question. I'm going to take you through a bit of it.

[Traduction]

Lorsque vous constatez un risque de cette ampleur et que vous ne pouvez l'expliquer, cela devient une question de santé publique importante. Ainsi, en commençant à examiner les populations du point de vue de la démographie plutôt que de la maladie, vous obtenez une vision différente. Le problème n'apparaît pas de la même façon.

Je vais vous donner des indices et des débouchés. N'hésitez pas à m'interrompre à n'importe quel moment si vous désirez une explication ou voulez débattre d'une question.

Oui?

**M. Culbert:** Monsieur, tandis que vous parlez de ce point, pouvez-vous vous y arrêter un instant? Une idée me vient à l'esprit concernant ce que vous dites en réalité. Êtes-vous le beau-frère ou un parent quelconque de Lloyd Axworthy?

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Culbert:** Parce que si on a écouté le rapport du député hier, on constate qu'une grande partie des renseignements que vous donnez semblent presque reprendre mot pour mot ce dont il est question dans ce rapport. Je me demande s'il y a eu des consultations dans ce domaine.

**M. Mustard:** Lorna Marsden est membre du conseil des recherches de l'institut et elle fait partie de son comité consultatif. Je suppose donc que le savoir circule. Et nous avons tenu avec lui, samedi, un séminaire qui a de toute évidence influé sur son rapport, en ce qui concerne la question de la petite enfance et des risques pour le rendement éducationnel et la santé.

**M. Culbert:** Ferez-vous un exposé dans ce domaine pendant le processus de consultation sur le DRH? Les deux, dans votre perspective et dans celle de vos propos de ce matin, vont vraiment de pair.

**M. Mustard:** Je suis d'accord. Je ne sais si je ferai des exposés. Certaines personnes seulement me supportent. Je vous en suis très reconnaissant ce matin.

J'aime mieux poursuivre l'examen de cette étude.

**Mme Bridgman:** J'ai une question concernant le taux de mortalité par rapport aux maladies cardiaques. Mon esprit ne cesse de revenir à cette diapositive. Vous avez montré un graphique concernant les plus démunis et les mieux nantis, et la courbe du graphique sur les plus démunis monte rapidement. J'ai toujours pensé que les maladies cardiaques—de façon générale—étaient reliées au stress. Pourtant les administrateurs sont au bas du graphique. La première cause est une activité de travail physique alors que le travail administratif est plutôt un travail de bureau; on nous dit qu'il faut sortir, faire de la marche et ainsi de suite. Voulez-vous dire que l'exercice physique et l'alimentation sont d'incidence égale sur les maladies ou y a-t-il plus de stress pour les gens qui ont moins. . .

**M. Mustard:** Vous avez posé une question très fondamentale. Il m'a fallu faire l'exercice. . . qui se rapporte à votre question. Je vais vous aider un peu à vous y retrouver.

## [Text]

In the U.K. civil service data, they are all non-manual tasks. So you're looking at people in desk-related jobs. But obviously the senior civil servants should have more demands on their time. Now, if you look at it in a different way, how well are you coping with what you do, and then think of stress in that context, you get a different answer.

If we go to this point here, these are 1,600 members of the Swedish labour force, where this study was done. It's now been done on the U.K. civil service, so I won't take you through the data. If you do a measure of the demand of a job called "psychological demand", which is on a sloping vertical axis, and if you look at a decision-latitude control of the job, these are the people with coronary heart disease symptoms. So people in high-demand jobs with poor control have a very high incidence of coronary heart disease symptoms, whereas people with high-demand jobs and high control, which your top bureaucrats have, because some of them control you and your ministers, as you know, have a very low incidence. University professors, who have a low demand and high control, do very well. They don't have any symptoms at all. I don't know what members of Parliament are like. I don't think anybody has classified you people in this kind of scenario.

So it says yes, stress is important, but it's basically your coping skills, which is what I'd now like to lead you into. But it also has huge ramifications for our labour force, because it means how you design work, in terms of the capacity of people to control it, is enormously important.

We think the Japanese understand it, because basically their health data on the way it's going through the population have to suggest they have a high degree of understanding of this. If you compare the Honda plant in Alliston versus the GM plant in Oshawa and look at how the labour force works, the difference is quite striking.

We would predict, though we don't have the data, that the Canadian labour force from the Honda plant at Alliston will have different health outcomes from the GM one in Oshawa, just because of the way the work is structured. We know the sickness and absence rates are quite different in those communities.

**Ms Bridgman:** Does that relate back to the management style they came out with, the XYZ management style—

**Dr. Mustard:** It could. I'm going to show you something else that relates to it and makes it a little more complicated.

Your question that led into this one was what determines your coping skills and competence, and how does that relate to health. I should tell you my introduction to this was not my medical school, it was meeting one of the world's finest population epidemiologists at Berkeley. I had just come back from my first visit with Michael Marmot in the United Kingdom. He runs the U.K. civil service study.

## [Translation]

Dans les données concernant les fonctionnaires anglais, il s'agit toujours de tâches non manuelles. Ce sont donc des gens qui travaillent à leur bureau. Mais évidemment l'emploi du temps des hauts fonctionnaires est plus serré. Maintenant, si vous examinez la question sous un autre angle, dans quelle mesure est-ce que vous vous en sortez, et pensez ensuite au stress dans ce contexte, alors vous obtenez une réponse différente.

Si nous en revenons à ce point-ci cette étude a porté sur 1 600 travailleurs suédois. On fait la même chose en ce moment avec des fonctionnaires anglais alors je ne vous présenterai pas les données. Si vous tentez de mesurer ce qu'un emploi exige, qui est appelé «l'exigence psychologique» et qui est sur un axe vertical en pente, si vous examinez un contrôle de la latitude en matière de décision liée à l'emploi, ce sont ces gens-là qui présentent des symptômes de carence coronarienne. Ainsi, l'incidence des symptômes de carence coronarienne est très élevée chez les gens qui occupent des emplois très exigeants qui leur laissent peu de contrôle, tandis que ceux qui occupent des emplois très exigeants et exercent beaucoup de contrôle, c'est le cas des hauts fonctionnaires, puisque certains d'entre eux vous contrôlent et contrôlent vos ministres, comme vous le savez, et ils ont une incidence très faible. Les professeurs d'université dont les emplois ne sont pas trop exigeants et qui ont beaucoup de contrôle s'en tirent bien. Ils n'ont absolument aucun symptôme. Je ne sais ce qu'il en est pour les députés au Parlement. Personne, à ma connaissance, ne vous a classés dans ce genre de scénario.

Ainsi donc oui, le stress est important, mais c'est essentiellement de vos facultés d'adaptation que je vais maintenant vous parler. Mais cela a aussi d'énormes ramifications pour notre main-d'oeuvre, parce que cela signifie que votre façon de concevoir le travail, du point de vue de la capacité des personnes à le contrôler, est très important.

Nous pensons que les Japonais le comprennent parce qu'essentiellement leurs données sur la santé de la population en général révèlent qu'ils le comprennent fort bien. Si vous comparez l'usine Honda à Alliston à l'usine GM à Oshawa et examinez comment la main-d'oeuvre travaille vous constaterez une différence remarquable.

Nous pourrions prédire, bien que nous n'ayons pas les données, que les travailleurs de l'usine Honda à Alliston auront des problèmes de santé différents de ceux de l'usine GM à Oshawa, tout simplement à cause de la façon dont le travail est structuré. Nous savons que les taux de maladie et d'absence sont très différents dans ces deux milieux.

**Mme Bridgman:** Cela a-t-il un rapport avec le style de gestion qu'ils ont proposé, le style de gestion «XYZ». . .

**M. Mustard:** Peut-être. Je vais vous montrer quelque chose d'autre qui s'y rapporte et qui complique un peu la situation.

La question qui nous a amenés à celle-ci était de savoir ce qui détermine vos aptitudes d'adaptation et votre compétence et quel rapport cela a avec la santé. Je dois vous dire que ce n'est pas l'école de médecine qui m'a mis au courant de ce que je vais vous dire, mais bien la rencontre de l'un des plus grands spécialistes du monde en épidémiologie à Berkeley. Je revenais à peine de ma première visite auprès de Michael Marmot au Royaume Uni. Il dirige l'étude sur les fonctionnaires anglais.



[Texte]

By the way, he's part of that network I showed you of players in the institute's programs, because that's the kind of leverage you can get with this kind of relationship.

I flew back across the Atlantic with the same puzzle as in your question, saying I still don't understand this. I went to see this gentleman at Berkeley—actually, he's a Canadian from Manitoba, Leonard Syme. Leonard Syme had been on the MRFIT trial in the United States—that massive \$100 million trial about lifestyle interventions to change coronary heart disease outcomes. He knew my background in coronary heart disease, and he said: "Mustard, if you have come here to see me about lifestyle modification, etc., you may as well get out of my office; that trial was the biggest waste of my time and is totally wrong." I said "No, Len, I didn't come here to see you about that; I I don't understand Michael Marmot's data." His face literally changed from a droopy mouth—not very friendly—to—His mouth went up and he smiled and said "It's coping skills, Mustard".

[Traduction]

Soit dit en passant, il fait partie de ce réseau de joueurs dans les programmes de l'institut, parce que c'est le poids que vous pouvez obtenir avec des relations de ce genre.

Je suis revenu en avion au-dessus de l'Atlantique en me posant la même question que vous et me disant que je ne comprenais toujours pas. Je suis allé voir ce monsieur à Berkeley—en fait, c'est un Canadien du Manitoba, Leonard Syme. Il a participé à l'essai du processus MRFIT aux États-Unis—ce programme massif de 100 millions de dollars concernant les changements de mode de vie pour modifier l'issue de l'insuffisance coronarienne. Il connaissait mes antécédents dans le domaine des coronaropathies et il m'a dit: «Mustard, si tu es venu ici me parler de modifier mon mode de vie, etc., tu ferais mieux de sortir de mon bureau; ce programme d'essais n'a été pour moi qu'une perte de temps regrettable et est totalement erroné». Je lui ai répondu: «Non, Len, je ne suis pas venu te parler de ça; je ne comprends pas les données de Michael Marmot». L'expression de son visage s'est radicalement modifiée, ses lèvres serrées—pas très amicales—passant. . . Sa bouche s'est desserrée et il a souri en disant: «Il s'agit de l'aptitude à s'adapter, Mustard».

• 1005

I asked him what he meant by coping skills. But he hit me with a very hard two-by-four and I decided I had better learn something about that subject, so I am not going to walk you into that. If you have trouble with it, please jump up and down. Otherwise I will try to slowly take you through it, because in a sense it comes back to the question that you asked.

We now know two things of enormous importance. The cortex of your brain, which is the governing function of your brain, is about half a centimetre thick and contains billions of cells. Modern neuroscience, a large part of it being driven by Canadians, one of them in one of our programs, knows now very clearly how the neurons in the cortex during early childhood have to be turned on genetically to differentiate for the various functions, sensing functions, etc. We also understand how they have to be sculpted, how they have to be linked together. So the quality of the stimulation you receive when you're very young is actually setting a large part of the architecture of that cortex. Please don't think that it is black or white, and that if you miss it you're totally lost, but let me say that if you miss it, it's tougher later on.

So here I am with Mr. Axworthy on early childhood. He's got the message right. But how does that explain the disease pattern in older people? Well the linkage is between the nervous system and the endocrine system. It is interesting, and Selye, who was a Canadian and lived in Montreal, actually described all this in 1936, but we didn't pay much attention to him in my profession. He also described how this dynamic between the neurons and the immune system is coupled. Your immune system is your host defence system. If you're not coping well with your job, you may therefore manifest disease. As physicians we know that disease manifestation is governed by your host defence system. So whatever pattern of disease you're

Je lui ai demandé ce qu'il voulait dire par là mais il m'a donné une réponse très technique et j'ai décidé qu'il valait mieux que je cherche à apprendre quelque chose sur cette question de sorte que je ne vous ferais pas subir le même sort. Si vous avez de la difficulté, sautez. Autrement, je veux bien essayer de vous l'expliquer parce que, d'une certaine façon, cela revient à la question que vous avez posée.

Nous savons maintenant deux choses d'une énorme importance. Le cortex de votre cerveau, qui est l'organe régissant votre cerveau, a à peu près cinq millimètres d'épaisseur et renferme des milliards de cellules. La neuroscience moderne dont une bonne partie est menée par des Canadiens, et l'un d'entre eux est dans l'un de nos programmes, sait très bien comment les neurones du cortex doivent être stimulés génétiquement dans la tendre enfance pour se différencier par rapport aux diverses fonctions, aux fonctions sensorielles, etc. Nous comprenons aussi comment ils doivent être structurés et reliés les uns aux autres. De sorte que la qualité de la stimulation que vous recevez lorsqu'on est petit détermine en fait une grande partie de l'architecture du cortex. N'allez toutefois pas croire que tout cela est blanc ou noir et que si vous sautez cette étape vous êtes totalement perdu, mais je puis dire que si vous sautez une étape c'est plus difficile par la suite.

Me voici donc en compagnie de M. Axworthy sur la question de la première enfance. Il a bien compris le message. Mais comment cela explique-t-il le profil des maladies chez les personnes plus âgées? Le lien s'établit entre le système nerveux et le système endocrinien. Cela est intéressant et c'est Selye, qui était Canadien et vivait à Montréal, a en fait décrit tout cela en 1936, mais nous ne lui accordions pas beaucoup d'attention dans ma profession. Il a également décrit comment s'établit la dynamique entre les neurones et le système immunitaire. Votre système immunitaire est votre système de défense à demeure. Si vous ne vous débrouillez pas bien dans votre emploi, vous donnerez peut-être des signes de maladie. En tant que

## [Text]

vulnerable to will tend to be expressed if you go down in your basic coping patterns and your immune system.

Of course, accidents and suicides are also driven by the function of the cortex. Suddenly we begin to see this extraordinary mind-body dynamic, which is now very real. Modern biological science has taken the mystery away. You have very good molecular biologists now working in this critical field.

Is this clear to everybody, this dynamic? What you have is early childhood patterns being very important in developing coping skills. How well that neurological system functions feeds back into pathways that control your health and well-being. Your grandmothers all knew that, but I wasn't taught that way when I went to medical school.

Now this should be "neuroscience in children". I forgot to tell my daughter to change it. The Carnegie Corporation has just released a stunning document called *Starting Points*, stunning because it is in total agreement with everything I am telling you. It's an American document coming out of the Carnegie Corporation, which is a foundation, which has assimilated all the neurological data. Brain development before age one is more rapid and extensive than previously realized, so underline that for yourselves if you're thinking about health measures, and think of *in utero*, because it's going on there as much as at time of birth.

Brain development is more vulnerable to environmental influences than suspected. That social environment in which the child when it is young is brought up is very important. The effects of early environments are long-lasting. That's the very frightening part of the story. The environment affects the number of brain cells and the way they are wired. We now have evidence—and this is very new, but something you should all think about—that those feed-back loops, which I will not take you through, between the cells and the cortex and the rest of the body system actually feed back to the cells in the brain. Children can actually suffer loss of neurons if they have been handicapped in development and get stress. In other words, you can actually have loss of neuro-function, and they may be the children for whom it is almost impossible to intervene and do things for later on.

It's not large, but it's real. It actually happens to hold true for us. We suspect some of the decline in males who retire and who do not have good social contacts may actually be the same kind of pathways operating. But I won't take you through that today.

That's a complex diagram. I won't spend time on that.

## [Translation]

médecins, nous savons que la manifestation d'une maladie est régie par votre système de défense à demeure. De telle sorte que quel que soit le profil des maladies auxquelles vous êtes vulnérables, ce profil aura tendance à se manifester si vous remontez jusqu'à vos modes fondamentaux d'adaptation et à votre système immunitaire.

Bien entendu, les accidents et les suicides sont eux aussi dirigés par la fonction du cortex. Nous commençons soudain à voir cette extraordinaire dynamique esprit-corps qui est maintenant très réelle. La science biologique moderne a élucidé le mystère. Il y a d'excellents biologistes moléculaires travaillant actuellement dans ce domaine critique.

Cette dynamique est-elle claire pour tout le monde? Nous sommes en présence de profils de la première enfance qui jouent un grand rôle dans l'acquisition d'aptitudes d'adaptation. L'état de fonctionnement de votre système neurologique se répercute sur ce qui régit votre santé et de votre bien-être. Vos grands-mères savaient toutes cela mais ce n'est pas ce que l'on m'a enseigné à l'école de médecine.

Aujourd'hui ce devrait être la «neurosciences des enfants». J'ai oublié de dire à ma fille de le changer. La société Carnegie vient de publier un document ahurissant intitulé *Starting Points*, ahurissant parce qu'il est tout à fait d'accord avec tout ce que je vous dis. Il s'agit d'un document américain publié par la société Carnegie, fondation qui a assimilé toutes les données neurologiques. Le développement du cerveau avant un an est plus rapide et étendu qu'on ne l'avait réalisé auparavant; prenez-en donc bonne note si vous pensez à des mesures de santé et pensez à la période intra-utérine, parce que cela se passe à ce moment-là aussi bien qu'au moment de la naissance.

Le développement du cerveau est plus vulnérable aux influences environnementales qu'on ne le pensait. Le milieu social dans lequel l'enfant grandit lorsqu'il est jeune est très important. Les premiers milieux où l'on vit ont des effets durables. C'est l'aspect le plus effrayant de l'histoire. L'environnement détermine le nombre de cellules dans le cerveau et la façon dont elles sont inter-reliées. Nous en avons maintenant la preuve—et cela est très nouveau, mais c'est une chose à laquelle vous devriez tous penser—que ces circuits de réaction, dont je ne vous parlerai pas, entre les cellules et le cortex et le reste de l'organisme alimentent en fait le cerveau. Les enfants peuvent perdre des neurones si leur développement a été handicapé et s'ils subissent du stress. Autrement dit, vous pouvez réellement subir une perte de fonction neurologique et ce sont les enfants pour lesquels il est pratiquement impossible d'intervenir et de faire quoi que ce soit plus tard.

Cette perte n'est pas importante mais elle est réelle. Et elle est tout aussi vraie pour nous. Nous soupçonnons qu'une partie du déclin des hommes qui prennent leur retraite et qui n'ont pas de bons contacts sociaux peut être attribuable au même genre de facteurs. Mais je vous épargnerai cela aujourd'hui.

C'est un diagramme complexe. Je ne m'y arrêterai pas.



## [Texte]

I'll just summarize this. The problem you face as politicians is your life expectancy as elected members is not infinite. You may go through two or three cycles, but that's it. So why should you have any interest in the longer-term generational cycles of your society? That's not necessarily going to get you elected.

Yet the phenomena we're talking about are over long generations. Even as a researcher one can't study this problem, because none of us can study you at birth and study you at death and study your offspring. We just don't have the capacity to do that. Nor do granting systems in universities reward people who want that kind of long-term chance to make observations.

So really to understand it you have to go back to non-human primates. Now, this may upset you—it upsets some people—but our ancestry is from primates. The advantage of non-human primates is they have shorter generational cycles.

So now you can try to study what's taking place because the biological pathways are not very different. In other words, your reaction to stress and the chemicals you put out are not different from those of a baboon. We have some other functions, but... Indeed, when Bob Evans gave a similar kind of talk in the U.K., he made the front pages of all the British newspapers: "U.K. Civil Servants Like All the Baboons of Kenya". But what Bob was doing was getting people to understand that the stress functions in that baboon hierarchy are actually the same functions you see in the civil service. Obviously the civil service is a little more sophisticated in what they do in various things.

These are rhesus macaque monkeys, a captive colony in Washington, which I always remind people is not the U.S. Congress. It's a real primate colony, a free-living colony on an island off Puerto Rico... Human primates are allowed on it only for occasional observations. It's their colony.

What you have is a genetically vulnerable strain, who, when they're stressed, have a huge outpouring of chemicals, which is that dynamic we talked about. If they're poorly parented, which means poorly nurtured, this susceptible strain will break down. Both as young animals and as adults, the males are very vulnerable, because macaque troops are controlled by women and the males get shoved out. The males that have been poorly nurtured—that is going to be the stimulation for the wiring of the brain—simply end up not doing well. They tend to get killed, basically. Whereas the males that have been well nurtured in the vulnerable strain become the leaders.

You can think how this might work. In the olden days when you were a rhesus macaque and something was going to come and eat you, the better your outpouring response to that stress, the better your chance of running or climbing a tree and getting away. But the problem is, if you don't shut down those pathways that the chemicals which come out with this do, they then feed back on a whole bunch of body systems that cause disease. That's basically the dynamic relationship which exists here.

## [Traduction]

Je ne ferai que résumer. Le problème auquel vous êtes confronté comme politicien est que votre espérance de vie comme député élu n'est pas infinie. Vous tiendrez pendant peut-être deux ou trois cycles, mais c'est tout. Alors pourquoi vous intéresseriez-vous aux cycles à plus long terme des générations de votre société? Ce n'est pas nécessairement ce qui va vous faire élire.

Pourtant, les phénomènes dont nous parlons s'étalent sur de longues générations. Même comme chercheur, on ne peut étudier ce problème parce qu'aucun d'entre nous ne peut vous prendre comme sujet d'étude de la naissance à la mort et étudier vos descendants. Il nous est tout simplement impossible de le faire. Et les systèmes de subvention des universités ne récompensent pas ceux qui veulent pouvoir faire des observations pour un aussi long terme.

Alors pour le comprendre il faut se rabattre sur des primates non humains. Cela pourrait peut-être vous déranger—ça dérange certaines personnes mais les primates sont nos ancêtres. L'avantage qu'il y a avec eux c'est qu'ils ont des cycles de génération plus brefs.

Ainsi vous pouvez chercher à étudier ce qui se produit parce que les voies biologiques ne sont pas très différentes. Autrement dit, votre réaction au stress et aux produits chimiques ne diffèrent pas de celle d'un babouin. Nous avons certaines autres fonctions, mais... En effet, même Bob Evans a tenu des propos comme ceux-ci au Royaume-Uni, et a fait la une de tous les journaux britanniques: «Les fonctionnaires anglais aiment tous les babouins du Kenya». Mais l'intention de Bob, c'était de faire comprendre que les fonctions de stress dans cette hiérarchie de babouins sont les mêmes qui sont à l'œuvre dans la Fonction publique. Certes, la Fonction publique est un peu plus sophistiquée pour ce qui est de leurs activités dans différents domaines.

Il s'agit de singes macaques rhésus, une colonie captive à Washington qui n'est pas, comme je ne cesse de le rappeler à tout le monde, le Congrès américain. Il s'agit d'une vraie colonie de primates, qui vit en liberté sur une île au large de Puerto Rico... Les primates humains ne peuvent y aller qu'à l'occasion pour y faire des observations. C'est leur colonie.

Ce que vous avez est une souche génétiquement vulnérable qui, lorsqu'elle subit du stress, sécrète une grande quantité de produits chimiques, ce qui est la dynamique dont nous avons parlé. Si leurs parents s'en occupent mal, c'est à dire, que s'ils sont mal soignés, cette souche susceptible s'effondrera. Aussi bien les jeunes que les adultes mâles sont très vulnérables parce que les troupes de macaques sont dirigés par les femelles, et les mâles se font jeter dehors. Les mâles dont on s'est peu occupé—c'est la stimulation qui assure le bon filage du cerveau—finissent par ne pas pouvoir s'en tirer. Ce sont eux essentiellement qui se font tuer. Alors que les mâles dont on s'est bien occupé dans la souche vulnérable deviennent les chefs.

On peut s'imaginer comment cela fonctionne. À l'époque où vous étiez des macaques rhésus et que quelque chose arrivait et allait vous manger, plus votre réaction à ce stress était forte, plus vous aviez de chances de vous retrouver à courir ou à grimper dans un arbre et à vous sauver. Le problème c'est que si vous ne refermez pas ces voies créées par ces produits chimiques, elles rétroagissent sur une foule de systèmes corporels causant de la maladie. C'est fondamentalement la relation dynamique qui existe en pareil cas.



[Text]

So we now know that in non-human primates the quality of the nurturing as well as the nourishment is extremely important. We believe we understand the neuro-science story about how the cortex of the brains being developed is influenced by this.

The resistant strain don't show this. I think the problem here is that the poorly nurtured resistant strain probably show the same function—that is, they'll come back to resting levels quickly—but they don't go to as high a level when they're stressed. We think they probably get the same effects, but you can't measure them yet.

So these are the best data I know of that put the nurture-nature argument very clearly. Some of us tend to say this whole thing is genetic. That's a pile of garbage. It is powerfully driven by environmental factors.

Is that clear to everybody?

**Mr. Jackson:** This genetic thing. . . I was travelling on an aircraft the other day and I wrote the name of the author down. I don't have the information right now. There are a couple of English people who postulate about DNA. . . They were saying it's actually passed through populations.

Also going around in my mind when you talk about how we evolved as a species is the fact that cross-pollination between groups sometimes makes better groups. Have you any information you fed into that system that tells you that?

• 1015

**Dr. Mustard:** Not yet, and I think it's important in this very complicated story to appreciate that there is, as I'm showing here, a genetic component that is heavily influenced by the environment. We don't know enough about the story, because the pathways that are involved are very multiple.

So you can have a downside of one genetic pathway compensated by another one, how this whole dynamic works. All we know is from Fogel's work on nutrition, which you saw, affecting early childhood and the historical data. By the way, he couldn't measure nurturing. It's important to understand the he couldn't do that. You can assume, however, that generally children who are being well nourished will probably be reasonably well nurtured. It's not a perfect correlation, but basically if you look at society that takes place. So they are the rhesus macaques. Now, is there any human primate data?

This is not really a Head Start program. It's a high school—as we were reminded on Saturday. This is the only intervention study we know of that has been studied long enough to let us see the relationship between early events and later events. So it's worth my while bringing this out for you.

The kids in this study were in Ypsilanti, Michigan, which is a poor black environment, and they were being poorly nurtured and nourished, in a high-risk group. They intervened, and in one group they interacted with those children for a period of about

[Translation]

Nous savons donc maintenant que chez les primates non humains, la qualité des soins reçus aussi bien que la nourriture est extrêmement importante. Nous croyons comprendre des explications neurologiques sur la façon dont le cortex du cerveau en développement est influencé par cela.

Les souches résistantes n'ont pas la même réaction. Je crois que le problème ici c'est que la souche résistante qui a reçu de mauvais soins manifestera probablement la même fonction—c'est à dire qu'elle reviendra à des niveaux de repos rapidement—mais ils n'atteignent pas des niveaux si élevés lorsqu'ils sont stressés. Nous croyons qu'ils subissent les mêmes effets, mais nous ne pouvons encore les mesurer.

Ce sont donc les meilleures données que je connaisse qui établissent nettement l'argument fondé sur les soins. Certains d'entre nous sont portés à dire que tout cela est génétique. C'est de la foutaise. Cela dépend fortement de facteurs environnementaux.

Tout le monde a-t-il bien compris?

**M. Jackson:** Cet aspect génétique. . . j'étais en avion l'autre jour et j'ai écrit le nom d'un auteur. Je n'ai pas l'information sous la main. Il y a quelques anglais qui font des postulats concernant l'ADN. . . ils affirmaient que cela passe en réalité dans des populations entières.

Ce qui me passe également par l'esprit lorsque vous nous rappelez comment nous avons évolué comme espèce c'est le fait que la pollinisation croisée entre les groupes produit parfois de meilleurs groupes. Y a-t-il des découvertes que vous auriez apporté à ce système qui vous le disent?

**M. Mustard:** Pas encore, et je crois que c'est important dans cette histoire très compliquée pour être en mesure de voir, comme je le montre ici, qu'il existe un élément génétique fortement influencé par l'environnement. Nous n'en savons pas assez à ce propos, mais les chemins qui y conduisent sont vraiment multiples.

Ainsi, l'envers d'une explication génétique peut être contrebalancé par une autre—comment l'ensemble de cette dynamique fonctionne. Tout ce que nous savons vient du travail de Fogel sur la nutrition, que vous avez vu, qui a de l'incidence la première enfance, et les données historiques. Soit dit en passant, il n'a pu mesurer dans quelle mesure on s'occupe des enfants. Il importe de comprendre qu'il n'a pu le faire. On peut toutefois supposer qu'en général, les enfants qui sont bien nourris seront probablement ceux dont on s'occupera raisonnablement bien. La corrélation n'est pas parfaite, mais si vous regardez la société c'est essentiellement ce qui se passe. Ce sont donc les macaques rhésus. Maintenant y a-t-il des données sur les primates humains?

Il ne s'agit pas du tout d'un programme Bon départ. C'est une école secondaire. . . comme on nous l'a rappelé samedi. C'est la seule étude-intervention que nous connaissions qui a porté sur une période assez longue pour nous permettre de voir le rapport entre ce qui se passe durant l'enfance et ce qui se passe plus tard. Il vaut donc la peine que je vous en parle.

Les enfants qui ont fait l'objet de cette étude venaient d'Ypsilanti, au Michigan, quartier de Noirs pauvres, dont on s'occupait mal et que l'on nourrissait mal et qui font partie d'un groupe à risque élevé. Ils sont intervenus et, dans un groupe, ils

[Texte]

five days a week for about three years. They were interactive groups in which, as Len Syme described to me, kids learned to make paper darts and water balls out of paper, which most of you made at one stage in your life, and various other things. The kids were working with themselves and working with the adult, and whatever parenting was available also was involved.

I am told this was six times more expensive than the Head Start program investment. I should go back to one thing as I'm telling you this. In this rhesus macaque story, when you have a poorly nurtured female in the susceptible group, she will poorly nurture her offspring. If you're thinking about breaking cycles that's a very important message, because women who've been disadvantaged, who then become pregnant and have children, are going to carry on the problem, not because they willfully do it, which is what some people like to say, but because basically they've been damaged themselves.

If you put a good adult into that cycle, with that mother who's been handicapped, the outcome is excellent. It actually improves the mother and the child. So the Ypsilanti study is, in a sense, the model of putting another adult to intervene where you have a parenting problem.

**Mr. Patry (Pierrefonds—Dollard):** How many children were involved in the Michigan study?

**Dr. Mustard:** It's split. There are about 70 in each group. It's very small. It's a very expensive study to do. People can argue about its replication, but it fits all the other primate data, if you consider yourself a primate—not of the church by the way, just as a species.

You'll see the employment is twice as good in the intervention group. Remember, this was stopped at the age of six, when it fits the rhesus macaque data. High school completion is one third higher. Please stop bashing your school system and pay attention to preschool. The crime is 40% less. Stop bashing the teenagers and crime and the tightening of the laws, Mr. Minister of Justice. Invest in children if you want to really change that rate. Teenage pregnancy is 40% less. That's dramatic, and drug use is substantially less.

These people have now been followed into their late 20s, and the calculations for every dollar invested in that program, Mr. Martin—the return to society is \$7. How you get that into a debate is a tough question for you.

**Mr. Culbert:** Doctor, I would like to interrupt you for just a second. I'm not sure I understand. I know exactly what you're saying here on the graph, but I want to understand what caused this. Is it because there was intervention with the group and that guidance from the—

**Dr. Mustard:** It's an interactive group. Let's put it in a simple kind of analogy. If you're a single-parent female and you don't have any support structure around you, then that offspring is going to spend periods of time without much interaction and much support. When you come home, you're going to be very tired and your interaction is going to be very poor.

[Traduction]

ont été en rapport avec ces enfants pendant environ cinq jours par semaine pendant trois ans. Il s'agissait d'un groupe interactif dans lequel, comme Len Syme me l'a décrit, les enfants ont appris à faire des dards en papier et des balles d'eau en papier, que la plupart d'entre vous ont également fait à un certain âge, et diverses autres choses. Les enfants travaillaient les uns avec les autres et avec l'adulte et tous les parents disponibles y participaient aussi.

On me dit que cela a coûté six fois plus que l'investissement requis par le programme Bon départ. Mais je dois revenir en arrière. Dans cette histoire de macaques rhésus, lorsqu'on s'occupe mal d'une femelle dans un groupe susceptible, celle-ci s'occupera mal de sa progéniture. Si vous songez à briser les cycles, c'est un message très important parce que les femmes qui ont été défavorisées et qui deviennent enceintes et ont des enfants vont faire perdurer le problème, non parce qu'elles le veulent délibérément, comme certains aiment à le dire, mais parce qu'elles ont fondamentalement été blessées elles-mêmes.

Si vous mettez un bon adulte dans ce cycle, avec cette mère handicapée, le résultat est excellent. La mère et l'enfant s'améliorent. Ainsi, l'étude Ypsilanti est, en un certain sens, un modèle pour ce qui est de demander à un autre adulte d'intervenir dans un problème de manque de soins parentaux.

**M. Patry (Pierrefonds—Dollard):** Combien d'enfants ont fait l'objet de l'étude au Michigan?

**M. Mustard:** Il y avait deux groupes de 70 enfants chacun, ce qui est bien peu. Ce genre d'étude est très coûteux. On pourrait envisager la possibilité de la refaire, mais elle confirme toutes les autres données sur les primates, si vous considérez que vous en êtes un—pas de l'Église en fait, mais simplement comme espèce.

Vous constaterez que l'emploi est deux fois meilleur dans le groupe d'intervention. Souvenez-vous, l'expérience a été interrompue à six ans, là où elle correspond aux données sur le macaque rhésus. Un tiers des sujets ont terminé leurs études secondaires. Cessez de vous en prendre à votre système scolaire et examinez la période préscolaire. La criminalité est 40 p. 100 moins élevée. Cessez de vous en prendre aux adolescents et au crime et de resserrer les lois, monsieur le ministre de la Justice. Investissez dans les enfants si vous voulez réellement changer ce taux. La grossesse chez les adolescentes a baissé de 40 p. 100. C'est très bien et l'utilisation de la drogue est beaucoup moins élevée.

Ces personnes ont maintenant été suivies jusqu'à la fin de leur vingtaine et selon les calculs effectués pour chaque dollar investi dans ce programme, monsieur Martin, le rendement est de 7\$ pour la société. Quant à savoir comment inclure ça dans un débat, c'est une question difficile que je vous laisse.

**M. Culbert:** Monsieur, je voudrais vous interrompre un instant. Je ne suis pas sûr de bien comprendre. Je sais exactement ce que vous dites ici sur le graphique, mais je veux en comprendre la cause. Est-ce parce que le groupe est intervenu et que des conseils ont été... .

**M. Mustard:** Il s'agit d'un groupe interactif. Faisons une analogie simple. Si vous êtes une femme mono-parentale et n'avez aucune structure de soutien autour de vous, alors vos enfants vont passer beaucoup de temps sans grande interaction et sans grand soutien. Lorsque vous rentrez à la maison vous serez très fatiguée et votre interaction avec l'enfant sera très pauvre.



## [Text]

If you're a single-parent female and you have two grandparents around you, your whole pattern changes dramatically. It's that kind of direct dramatic interaction—It doesn't require a sophisticated allocation of instructional resources. It requires real human interaction with the children, which intergenerational family structures in the past could provide.

**Mr. Culbert:** So single-family parenting does complement the problem areas?

• 1020

**Dr. Mustard:** It also includes two-parent families where both parents are working and earning low incomes and come home at night. All of you have had children and some of you have actually had to raise them rather dumping them off to somebody else to raise, as we males do. You all know what the energy demand is. I'm a grandparent, and I couldn't cope with those kids today. There has to be a social structure intervention of interaction among the kids. Recreational activities or a whole range of functions will achieve this dynamic. Does that help?

**Mr. Culbert:** Yes, thank you.

**Ms Bridgman:** This sounds a little more to me than just a conditioned behaviour. If it was a group of teenagers, for example, or adults, and you came in to teach them better lifestyles or whatever it takes, six months after you go they could fall back into their old patterns.

Here we're developing character and personality. Once we do this, we sort of assume that—

**Dr. Mustard:** You ask very penetrating questions.

We know the pattern of development of the cortex of the brain is such that if you miss certain periods, it's hard to later change patterns that have been developed. Let me give you two very clear examples. One is very simple, and this experiment has been done. If you take children at the age of six months and put them in a darkened room with a rattle above them, they will eventually locate the rattle. If, at the age of two and a half, you repeat the experiment with them and another group of children who didn't have the experience at the age of six months, the kids who had the rattle experiment at the age of six months will automatically go right to where the rattle is in the darkened room, even though they have no recollection of what went on at six months, whereas the kids who never had that experience can't.

This is a very complicated story. In the area of mathematics, which we do know the answer to, between the ages of four and seven—if we did acquire it—you and I acquired what is called a cognitive understanding of the weight of numbers: that ten is bigger than one and fractions are smaller than one. Kids who miss that period of development have a great deal of difficulty acquiring it later. This has been tracked in the California school system. Kids who have this deficiency—I may have that

## [Translation]

Si vous êtes une femme chef de famille mono-parentale et que vous avez deux grands-parents avec vous, tout votre comportement change radicalement. C'est ce genre d'interaction directe qui a des effets remarquables. . . Cela n'exige pas une allocation compliquée de ressources d'enseignement. Cela exige une véritable interaction humaine avec les enfants, ce que les structures familiales de plusieurs générations étaient en mesure de fournir dans le passé.

**M. Culbert:** Ainsi, les soins donnés par des familles mono-parentales viennent s'ajouter aux domaines problématiques?

**M. Mustard:** Cela comprend aussi les familles à deux parents, dont les deux parents travaillent mais sont des gagne-petit et reviennent chez-eux le soir. Vous avez tous eu des enfants et certains d'entre vous ont dû les élever en les laissant plutôt à quelqu'un d'autres, comme nous le faisons, nous les hommes. Vous savez tous quelle énergie cela demande. Je suis grand-père et je ne pourrais m'occuper de ces enfants aujourd'hui. Il doit y avoir une intervention d'interaction parmi les enfants au niveau de la structure sociale. Des activités récréatives et tout un éventail de fonctions procureraient une telle dynamique. Est-ce que cela vous aide?

**M. Culbert:** Oui, merci.

**Mme Bridgman:** Cela me paraît être un peu plus qu'un comportement conditionné. S'il s'agissait d'un groupe d'adolescents, par exemple, ou d'adultes, à qui vous venez enseigner de meilleurs modes de vie ou que sais-je, six mois après votre départ ils pourraient retourner à leurs vieilles habitudes.

Ici nous parlons de développement du caractère et de la personnalité. Une fois que nous faisons cela, nous assumons en quelque sorte que. . .

**M. Mustard:** Vous posez des questions très pénétrantes.

Nous savons que le mode de développement du cortex du cerveau est ainsi fait que si vous ratez certaines périodes, il est difficile par la suite de modifier des habitudes qui ont été prises. En voici deux exemples très clairs. Le premier est très simple et c'est une expérience qui a été tentée. Si vous prenez des enfants âgés de six mois et les placez dans une pièce noire dans laquelle un grelot a été suspendu, ils finiront par trouver le grelot. Si nous répétez l'expérience avec ces enfants lorsqu'ils ont deux ans et demi et avec un autre groupe d'enfants qui n'ont pas eu cette expérience à six mois, ceux qui l'ont eue à six mois se dirigeront instinctivement vers l'endroit où se trouve le grelot dans la pièce noire, même s'ils ne souviennent pas de ce qui s'est passé lorsqu'ils avaient six mois, alors que les enfants qui n'ont pas vécu cela n'y arriveront jamais.

C'est une histoire très complexe. En mathématiques, domaine dans lequel nous connaissons les réponses, entre les âges de quatre et sept ans—si nous les avons réellement acquis—vous et moi avons acquis ce qu'on appelle une compréhension cognitive de la valeur des nombres: que 10 est plus grand que un et que les fractions sont plus petites que l'unité. Les enfants qui ratent cette période de développement ont beaucoup de difficulté à acquérir cette connaissance par la



## [Texte]

deficiency myself—go through the school system avoiding the mathematically demanding programs. They go through the California post-secondary education system and become elementary school teachers, and if they are parents as well it compounds the problem.

We are faced with the fact that an intervention later on to try to correct a behaviour pattern that may be rooted in early life may not give you quite the yields you'd like to get. According to the starting points document from the Carnegie Corporation report, the earlier the better is very crucial. I'm going to show you some data that brings this out very powerfully.

This example is in Jamaica. The study included a group of kids who were at high risk at birth and a group not at high risk—I won't go through the classification—and they did a development quotient. Mental development is very broad; it includes behaviour patterns, physical movements, etc. The group at risk is the bottom group and they split it into four groups. Today I would not justify this kind of trial because I think we know enough to say you don't need to do it any more.

Those in the control group, in brown, had no intervention and so by the age of two their performance was far below the performance of the kids who were normal at birth, the grey line. The ones given food supplements improved, but look at the stunning effect of simply stimulation.

The message is right here. Both nurturing and nourishment are crucial—all our grandparents knew that—and when you put them together, those kids reached that point.

We think this period is even more crucial than what they found in that high school study in Ypsilanti. We think the outcomes in terms of reduction of teenage pregnancy, etc., will be even more dramatic if you make the interventions earlier. We don't know that for certain, but we suspect that's the case.

Those of you from Quebec have one of the best data systems in the world on this problem. This study was done by Richard Tremblay of the University of Montreal and it's CECM, which you know is the core catholic school system in the central area of Montreal. If we think of health in terms of coping skills, etc., this is the proportion of children starting kindergarten who can't cope.

How many are from the Toronto area? Please hold up your hands. It's a message for you, too, not just for Montrealers, because Veronica Lacey will tell you that in North York it's 30% of the kids hitting kindergarten. Politicians, if you don't know this, get it into your heads, please, because I can tell you there a lot of people out there who understand this problem.

## [Traduction]

suite. On a repéré cela dans le système scolaire en Californie. Les enfants qui souffrent de cette déficience—et j'en souffre peut-être moi-même—passent dans le système en évitant les programmes exigeant des mathématiques. Ils franchissent toutes les étapes du système d'éducation post-secondaire californienne et deviennent des instituteurs d'école primaire et s'ils sont parents également cela ne fait que compliquer le problème.

Nous sommes confrontés au fait qu'une intervention visant à corriger un comportement enraciné dans les premières années de la vie ne vous donnera peut-être pas les résultats que vous escomptez. Selon le document sur les points de départ du rapport de la société Carnegie, le principe «plus c'est tôt, mieux c'est» est d'une importance cruciale. Voici des données qui l'établissent avec beaucoup de force.

Cet exemple est pris de la Jamaïque. L'étude portait sur un groupe d'enfants présentant un risque élevé à la naissance et un autre qui n'en présentait pas—je ne passerai pas en revue toute la classification—et on a effectué un quotient de développement. Un développement mental comprend beaucoup de choses, notamment les modes de comportement, les mouvements physiques, etc. Le groupe à risque est le groupe d'en bas qui comprend quatre sous-groupes. Aujourd'hui je n'approuverais pas ce genre d'essai parce que je crois que nous en savons assez pour dire que nous n'avons plus besoin de recommencer.

Les enfants du groupe de contrôle, en brun, n'ont fait l'objet d'aucune intervention, de sorte qu'à deux ans leur rendement était bien inférieur à celui des enfants qui étaient normaux à la naissance, la ligne grise. Ceux qui ont reçu des suppléments alimentaires se sont améliorés, mais regardez l'effet ahurissant de la simple stimulation.

Le message est là. Il est aussi crucial de s'occuper d'un enfant que de le nourrir—tous nos grands-parents savent cela—et lorsque vous réunissez ces deux éléments, ces enfants ont atteint ce point-ci.

À notre avis, cette période est encore plus cruciale que ce que nous avons constaté dans l'étude de l'école secondaire à Ypsilanti. Nous croyons que les résultats pour ce qui est de la réduction des cas de grossesse chez les adolescentes, etc, seront encore plus marqués si vous faites des interventions plus tôt. Nous n'en avons pas la certitude, mais nous supposons qu'il en est ainsi.

Ceux d'entre vous qui viennent du Québec disposez de l'un des systèmes de données les plus perfectionnés au monde sur ce problème. Cette étude a été réalisée par Richard Tremblay, de l'université de Montréal et par la CECM qui est, comme vous le savez, le système scolaire catholique fondamental de la région centrale de Montréal. Si nous pensons à la santé sous l'angle des aptitudes d'adaptation, etc., voici la proportion des enfants qui commencent l'école maternelle et qui ne peuvent s'en tirer.

• 1025

Combien d'entre vous viennent de la région de Toronto? Veuillez lever la main. C'est un message qui s'adresse à vous également et pas seulement aux Montréalais, parce que Veronica Lacey vous dira qu'à North York 30 p. 100 des enfants vont à la maternelle. Politiciens, si vous ne le savez pas, mettez-vous le bien en tête, je vous prie, parce que je peux vous dire qu'il y a beaucoup de gens qui comprennent ce problème.

## [Text]

These kids who can't cope have been handicapped because they live in environments of welfare and unemployment with all the factors of what that does to the question of children.

The figure of 20% is pretty high. What do they do? This shows their progress through the school system in the centre of Montreal. They tend to fight. They tend to make trouble for the school teachers. You can't engage them. The ones who fight all the time by the age of 14 are largely out of the school system. They feed directly into the juvenile crime and delinquency problem in Montreal.

You can intervene in the school system to change it. So far, we don't have any intervention that really changes it dramatically.

We believe, if you go back to the earlier data that I gave you, that you could dramatically change it if you could intervene earlier. Essentially, when you're undergoing your social reform, how you pay attention to that will powerfully influence the next generation of Canadians, because you can handicap a lot if you don't do it well.

Is it clear to everybody how that relates to health?

**Mr. Culbert:** Could I very briefly interrupt you? I have a real problem in my own particular riding, which is a rural type of riding. In one specific area in the riding, at the high school level over the past year alone there were nine deaths. Teenage pregnancy is at an all-time high. Drinking and drug abuse is going upwards by leaps and bounds.

When I go to meetings at the other end of the riding in my own home municipality—this makes it more difficult to explain—I've been asked why it is so much better in my home municipality. I'm asked what's done there, compared with this other municipality in which it seems to be just the opposite. I guess perhaps you're saying that the whole environment is part and parcel of that, right on up from kindergarten, or even before that.

**Dr. Mustard:** Let me say that it's the social environment, because children are raised by villages, not by parents. It's important to understand that. It's an old saying and it's true.

I had a phone call from a principal of a public school in North Bay about three months ago when *The Globe and Mail* finally put this story about early childhood on the front page. He asked if I could help him. I asked about his problem. He said there were a lot of children hitting kindergarten who can't cope. I asked if it was very high. He said that in some school systems it's 30% to 40%; in others, it's 10% or less.

Remember that this is going to feed into the thing you're talking about.

I asked what those communities were like. He gave me a brilliant description of good and poor social environments. I think you know what I'm getting at.

## [Translation]

Ces enfants qui n'arrivent pas à s'en tirer ont été handicapés parce qu'ils vivent en milieu de bien-être social et de chômage avec tous les facteurs qui interviennent dans la question des enfants.

Le chiffre de 20 p. 100 est assez élevé. Que font-ils? Cela indique leur progression dans le système scolaire au Centre de Montréal. Ils sont portés à se battre. Ils dérangent les enseignants. Vous ne pouvez les amener à s'engager. Ceux qui se battent tout le temps sont pour la plupart sortis du système scolaire à l'âge de 14 ans. Ils gonflent directement le nombre des délinquants juvéniles et accentuent le problème de la délinquance à Montréal.

Vous pouvez intervenir dans le système scolaire pour modifier la situation. Mais jusqu'à ce jour aucune intervention n'a réellement réussi à la changer.

Nous croyons, si vous revenez aux données que je vous ai signalées tout à l'heure, que vous pouvez radicalement la modifier si vous pouviez intervenir plus tôt. Essentiellement, en procédant à votre réforme sociale, la façon dont vous vous occuperez de cette question aura une forte incidence sur la génération suivante de Canadiens, parce que vous pouvez en handicaper un grand nombre si vous ne le faites pas bien.

Tout le monde comprend-il bien comment cela se rattache à la santé?

**M. Culbert:** Pourrais-je vous interrompre un instant? J'ai un réel problème dans ma propre circonscription, qui est rurale. Dans un secteur de cette circonscription, il y a eu neuf décès l'an dernier chez les élèves du secondaire. La grossesse chez les adolescentes a atteint un niveau record. La consommation d'alcool et de drogues augmente à une allure effarante.

Lorsque je participe à des réunions à l'autre bout de la circonscription dans ma propre municipalité—et cela fait qu'il est plus difficile de l'expliquer—on me demande pourquoi les choses vont tellement mieux dans ma municipalité. On me demande ce qu'on fait là, par comparaison avec cette autre municipalité où la situation semble être exactement l'inverse. Vous direz sans doute que l'ensemble de l'environnement fait partie du problème, à commencer par la maternelle et même avant ça.

**M. Mustard:** Je dirais plutôt qu'il s'agit de l'environnement social, parce que les enfants sont élevés par les villages et non par les parents. Il importe de le comprendre. C'est un vieil adage et il est vrai.

Un directeur d'école publique de North Bay m'a appelé il y a trois mois lorsque que le *Globe and Mail* a finalement publié cette histoire à propos de la première enfance en première page. Il m'a demandé si je pouvais l'aider. Je lui ai parlé de son problème et il m'a dit que beaucoup d'enfants qui se présentaient à la maternelle ne pouvaient s'en tirer. Je lui ai demandé combien il y en avait et il m'a répondu que dans certains systèmes scolaires cela représentait de 30 à 40 p. 100 des enfants; dans d'autres c'était 10 p. 100 au moins.

N'oubliez pas que cela va alimenter ce dont vous parlez.

Je lui ai demandé si ces collectivités se ressemblaient. Il m'a décrit brillamment les bons et piètres environnements sociaux. Je crois que vous comprenez où je veux en venir.



## [Texte]

They finally put a two-way phone system in and I think we're going to have a conference call with the other principals up there and maybe some people from the school board. He understands exactly the answer to your question. It was marvellous. We have rich resources in the communities that can come to grips with these things if people tap into them and talk.

**Mr. Hill:** You can talk regularly about them and you can intervene.

**Dr. Mustard:** Yes.

**Mr. Hill:** I'd be very interested in who "you" is.

**Dr. Mustard:** Okay. Can I come to that? I'll try to pose who that "you" is.

You read all kinds of stories about the academic performance of our school system. This caused problems on Saturday when I showed this, and I'm going to show it again. I want you to understand it.

Consider the kids in our human development program. I call them kids because they're not near retirement and, therefore, anybody in that age group is a kid. To some of you in the room, I apologize for insulting you. Nevertheless, when the kids who came into our human development program from the world of education and psychology and began to understand the ingredients of the story, they said that maybe academic performance shows a gradient, like that of health.

This is the international comparison study data. Because these data were not set up to pick up markers of socio-economic considerations, they simply had to use the occupational status of the father. However, they do have the grade eight math achievement, which you've seen. The average is published in the newspaper showing how Canada stacks up against other countries.

• 1030

Is anybody here from Alberta? Golly. Good. You've got some strong proponents of this in your province. There's a physician in Red Deer who's very strong.

What you have is the actual achievement score. The yellow is Japan. It's hard to get Japan to give you what are really socio-economic measures, so we don't want to draw the line together. But you can see that they're at the top and there isn't much of a slope in performance in relation to the socio-economic class of the father.

The United States is that stunning blue line. If I may make a political statement, I'm not going to support any political party that forces this country to become like the United States. I'll be blunt with you. I want you to ask yourselves what is meant by that statement, because that gradient is a very frightening one. The stunning thing is that Canada doesn't turn out to be as bad. We have a gradient. The best marker of how effective you are as politicians will be what you do to this gradient in this country. This comes back to who's going to handle this problem. Do you see that?

## [Traduction]

Ils ont finalement installé un système téléphonique à deux sens et je crois que nous allons avoir une conférence téléphonique avec les autres directeurs là-bas et peut-être avec certains membres de la commission scolaire. Ils comprennent exactement la réponse à votre question. C'est merveilleux. Il y a de riches ressources dans nos collectivités qui pourraient s'attaquer à ces choses si les gens savent les exploiter et leur parler.

**M. Hill:** Vous pouvez leur parler régulièrement et intervenir.

**M. Mustard:** Oui.

**M. Hill:** Je voudrais bien savoir qui représente le «vous».

**M. Mustard:** D'accord. Puis-je y réfléchir? Je vais tenter de vous préciser qui est ce «vous».

Vous lisez toutes sortes d'articles sur le rendement scolaire de nos systèmes d'enseignement. Cela a causé des problèmes samedi dernier lorsque j'en ai parlé et je vais de nouveau en parler. Je veux que vous compreniez.

Prenez les enfants qui suivent notre programme de développement humain. Je les appelle des enfants parce qu'ils ne sont pas près de l'âge de la retraite et, par conséquent, tous ceux qui sont dans ce groupe d'âge sont des enfants. Je m'excuse d'insulter certaines personnes dans cette salle. Néanmoins, lorsque les enfants qui se sont fait inscrire à notre programme de développement humain venant du monde de l'éducation et de la psychologie ont commencé à comprendre les éléments de l'histoire, ils ont dit que le rendement scolaire manifeste peut-être un gradient tout comme la santé.

Voici les données d'études comparatives internationales. Comme ces études n'ont pas été faites pour relever des marques de considération socio-économiques, les auteurs ont dû simplement recourir au statut professionnel du père. Cependant, elles tiennent compte des résultats en maths de huitième année, comme vous l'avez vu. La moyenne a été publiée dans le journal et montre comment le Canada se compare à d'autres pays.

Y a-t-il quelqu'un ici qui vient de l'Alberta? Bon sang! C'est parfait. Vous avez des gens qui préconisent fortement cela dans votre province. Il y a un médecin à Red Deer qui y tient mordicus.

Ce que vous voyez, c'est le résultat réel. Le jaune c'est le Japon. Il est difficile d'amener le Japon à nous donner ce que sont des mesures socio-économiques, de sorte nous ne pouvons pas tirer la ligne ensemble. Mais vous pouvez voir qu'ils sont au sommet et qu'il n'y a pas beaucoup de courbes dans le rendement en fonction de la classe socio-économique du père.

Les États-Unis sont représentés par cette étonnante ligne bleue. Si je puis faire une déclaration politique, je dirai que je n'appuyerais aucun parti politique qui obligerait ce pays à devenir comme les États-Unis. Je serai franc avec vous. Je veux que vous vous demandiez ce que signifie cette déclaration, parce que ce gradient est vraiment effrayant. Ce qui est étonnant c'est que le Canada ne s'en tire pas si mal que cela. Nous avons un gradient. Le meilleur indicateur de votre efficacité comme politiciens sera ce que vous ferez avec ce gradient dans ce pays. Cela revient à savoir qui va s'occuper de ce problème. Voyez-vous cela?

## [Text]

If I plot the crime and delinquency problems in U.S. major cities, then the lower part of that gradient just feeds into it. It has nothing to do with race, because I have data, which I won't take you through, from Baltimore in which for single-parent black families or African-American families and single-parent European families, if the female has got the proper support, the outcome for the children is exactly the same.

So whether you realize it or not, you have an educational agenda if you're going to think about the deeper issues of the determinants of health.

This is the best data we can get about coping skills and health from the standpoint of health. What you have here is the risk of dying from coronary heart disease, cancer, or accidents in Holland related to your level of education. The red bars are the people who have had the highest levels of education. The black bar is the lowest levels of education. Basically, education is a marker for how you progress through the system. It doesn't say that education causes it; it just is a marker for something.

We've gone back with Michael Marmot to the U.K. civil service data and we know that the mean heights of the U.K. civil service are a perfect gradient. The top civil service mean height is higher than that of the next tier, than that of the next tier, and than that of the next tier. So if you go back to Fogel's original work, probably the civil service gradient is a marker of early childhood to a large extent. But you can change the construct of the jobs and compress that gradient. It doesn't have to stay there totally.

This is the best data and it's a very weak proxy. You can debate it. If we take the record system that has been used in Hertfordshire in England against ischaemic heart disease, which is heart attacks, then 100 is a very high rate and 34 is a very low rate. What they're doing is taking males dying today as adults in Hertfordshire. The population hasn't moved very much; in other words, there's about an 85% retention in the population. They've actually been able to go back to the early records and find out what the weight of these people was when they were one year old.

If you take weight, which is not as good as height—they didn't have those measurements—as an approximate marker for nutritional status, then you'll find that for the kids who were being well nourished—these are mean weights—and presumably well nurtured, the risk is much lower than for the people with the very high rates at the top. The evidence about these relationships is becoming enormously consistent.

So if I were to summarize it—and I've compressed a lot of information for you—your brain is heavily influenced by early childhood, which basically is going to set your competence and coping skills. The micro-socio-economic structure in which you

## [Translation]

Si je suis les problèmes de crime et de délinquance dans les grandes villes américaines, alors la partie inférieure de ce gradient ne fait que l'alimenter. Cela n'a rien à voir avec la race, parce que j'ai des données, que je ne vous expliquerai pas, sur Baltimore indiquant que dans les familles monoparentales noires ou les familles afro-américaines et dans les familles européennes monoparentales, lorsque la femme reçoit un soutien suffisant, le résultat pour les enfants est exactement le même.

Alors, que vous vous en rendiez compte ou non, vous avez un programme éducationnel et vous aurez à réfléchir sur les questions plus profondes des déterminants de la santé.

Ce sont les meilleures données que nous pouvons avoir sur les aptitudes d'adaptation et du point de vue de la santé. Ce que vous avez ici c'est le risque de mourir d'une coronaropathie, du cancer ou à la suite d'un accident en Hollande par rapport à votre niveau d'éducation. Les barres rouges sont les sujets qui ont les niveaux d'éducation les plus élevés. La barre noire est celle des gens qui ont les niveaux les moins élevés d'éducation. Essentiellement, l'éducation est un indicateur de la façon dont vous progressez dans le système. Il ne dit pas que l'éducation le provoque mais est simplement l'indicateur de quelque chose.

Nous sommes revenus avec Michael Marmot aux données sur la fonction publique anglaise et nous savons que les tailles moyennes des fonctionnaires anglais sont un gradient parfait. Les hauts fonctionnaires sont en moyenne plus grands que les fonctionnaires de l'échelon suivant, et du suivant et encore du suivant. Alors si nous en revenons au travail original de Fogel, le gradient de la fonction publique est probablement dans une grande mesure un indicateur de la première enfance. Mais vous pouvez modifier la structure des emplois et comprimer ce gradient. Il n'a pas à demeurer là totalement.

Ce sont les meilleures données et c'est un indicateur très faible. Vous pouvez en débattre. Si nous prenons le système de dossiers utilisés au Hertfordshire en Angleterre en ce qui concerne la cardiopathie ischémique, c'est-à-dire les crises cardiaques, alors 100 est un taux très élevé et 34 un taux très faible. Ce qu'ils font, c'est prendre des hommes qui meurent aujourd'hui à l'âge adulte au Hertfordshire. La population n'a pas beaucoup changé; en d'autres mots, il y a un facteur de rétention d'environ 85 p. 100 dans la population. Ils ont réussi à remonter jusqu'au premier dossier et à trouver quel était le poids de ces sujets lorsqu'ils avaient un an.

Si vous prenez le poids, qui n'est pas aussi bon que la taille—they n'avaient pas ces mesures—comme indicateur approximatif de l'état nutritionnel, alors vous constaterez que pour les enfants qui sont bien nourris—c'est-à-dire ceux de taille moyenne—et qui ont présument eu de bons soins—le risque est moins élevé que pour les sujets à risque très élevé au sommet. Les preuves de ces relations sont de plus en plus cohérentes.

Alors si je devais le résumer—et je vous ai comprimé beaucoup d'information—votre cerveau est lourdement influencé par votre première enfance, qui déterminera essentiellement votre compétence et votre aptitude d'adaptation. La structure



## [Texte]

exist both as a child and adult powerfully influences this, in terms of both the development and how well you function as an adult. Your macroeconomic policies are basically driving your microeconomic policies.

To put it in a very crude sense, if your tax structure allows a person like myself who controls huge pools of capital to play with the money in financial markets rather than investing in the new economy, then you're going to drive your micro-environment down. You can change that by changing your capital gains tax structure if you want to. Politically it's pretty dangerous, but I just want you to see that there's a very powerful linkage between the macro-economic policies you impose on society, which therefore influence the micro-environment that feeds into this other function in which the vulnerable are children.

You'll notice that behaviour, your lifestyle thing, is shown as being driven by these earlier forces and not being entirely free choice, which is your disease patterns, which put your health care system into the context of having. . .

The choice here is a tough one, because what I've said to you gives you this chart. It actually got lifted and put in the Liberal red book. They did acknowledge where they got it from. I don't think they asked us if they could use it. I have not sued them yet, but nevertheless it's in there, because it was in one of our documents.

Your biological environment is your genetic make-up, and I hope I convinced you that where you live and work, your social and physical environment is non-trivial. We didn't talk about physical environment, but housing structures. . . Putting single-parent families in high-rise buildings is probably the worst thing you can do. You need to put them in interactive systems with playgrounds if they have children around. We now know that drives your response. You can stay healthy, but if your coping skills have been blunted you'll feed into the sickness system, which is extremely important. The health care system cannot correct what's in the upper box. It can work with it, but it can't solve it. It can rehabilitate some people and put them back, and others it cannot.

Now, when you come down to productivity and wealth, if you put too much funding into health care against your capacity to create wealth, you may under-invest in wealth creation, which is essentially what the United States' problem is—it's dramatic there—because health care is not a function of primary wealth creation. It's a secondary wealth-creating function, if I can use that language. The economic argument, if I can go to that and then get to your question, now becomes very pivotal. Are you with me?

## [Traduction]

micro-socio-économique dans laquelle vous vous trouvez, comme enfant et comme adulte a une forte incidence sur cela, aussi bien en ce qui a trait au développement qu'en ce qui concerne votre bon fonctionnement comme adulte. Vos politiques macro-économiques sont fondamentalement les moteurs de vos politiques micro-économiques.

Si je le dis autrement de façon très franche, si votre régime fiscal permet à un particulier comme moi-même, qui manipule d'énormes fonds de capitaux pour spéculer jouer avec l'argent sur les marchés financiers au lieu de l'investir dans la nouvelle économie, alors vous allez ruiner votre micro-environnement. Vous pouvez modifier cela en changeant votre structure fiscale de gains en capitaux si vous le voulez. Politiquement, ce sera assez risqué mais ce que je veux vous faire comprendre, c'est qu'il existe un lien très fort entre les politiques macro-économiques que vous imposez à la société, et le micro-environnement qui se rapporte à cette autre fonction dans laquelle, ce sont les enfants qui sont vulnérables.

• 1035

Vous constaterez que ce comportement, ce mode de vie, réagit à ces forces dont j'ai parlé tout à l'heure, et qu'il ne s'agit pas entièrement d'une question de libre arbitre. Autrement dit, les caractéristiques des maladies, dont il faut tenir compte lorsqu'on structure le système des soins de santé. . .

Le choix est difficile à faire parce que je vous ai dit produit ce graphique-ci. Je tiens à préciser que le Parti Libéral me l'a «emprunté» pour l'inclure dans le Livre rouge. Certes, il a indiqué d'où il venait mais je ne pense pas qu'il m'ait demandé s'il pouvait l'utiliser. Je n'ai pas encore intenté de poursuites à ce sujet mais je souligne qu'il vient de l'un de nos documents.

L'environnement biologique influe sur les caractéristiques génétiques et j'espère vous avoir convaincus que le lieu où l'on vit et travaille, c'est à dire l'environnement social et physique, est loin d'être sans importance. Nous n'avons pas parlé d'environnement matériel mais les structures d'habitation. . . loger des femmes élevant seules leurs enfants dans des tours d'appartements est probablement la pire chose que l'on puisse faire. Il faudrait plutôt les placer dans des systèmes interactifs, avec des terrains de jeux pour les enfants. Nous savons maintenant que cela influe sur les réactions des gens. On peut rester en bonne santé mais, si les systèmes de réaction sont émoussés, on est fort susceptible d'entrer dans le système de la maladie, ce qui est extrêmement important. Le système des soins de santé ne peut pas corriger ce qui se trouve dans la case du haut. Il peut agir dessus mais il ne peut résoudre le problème. Il peut guérir certaines personnes mais pas d'autres.

Quand on en arrive aux questions de productivité et de richesse on constate que si l'on investit trop d'argent dans le système des soins de santé, aux dépens des systèmes de création de la richesse, on risque de sous-investir dans la création de richesse, ce qui est fondamentalement le problème des États-Unis—particulièrement évident ici—parce que le système des soins de santé n'est pas une fonction de la création primaire de richesse. C'est une fonction secondaire, si je puis utiliser cette expression. L'argument économique, dont je vais maintenant parler pour arriver à votre question devient alors crucial. Me suivez-vous toujours?

## [Text]

The puzzle for Canada is shown on this chart, which is from the Morgan Stanley Bank summary. If you look at government spending, we do not rank at the very top of the OECD countries. We're in the middle zone, that sort of whitish-grey line, and that's from 1960-1994. But there is the shocking piece of information: our debt, among these OECD countries, is the most massive. It's absolutely essential that you understand why. The rhetoric I get out of the system in Ottawa suggests this is not totally understood. You may all understand it, and that's fine, but basically you have to understand the issue of how you create wealth in a society.

The "Report on Business" in *The Globe and Mail* basically caters to a large extent to what I call the wealth-driven or fiscal-roulette part of our economy, which is not a wealth-creating part of the economy. It's important for you to understand that. Secondly, when you're in a period of deep and broad technological change, the ways you create wealth are dramatically changed on you.

Now, Canada's wealth-creating base in this sense has been largely from its natural resources. They no longer underpin our economy, and the decline started in the mid-1970s. We have spent, privately and publicly, beyond our wealth-creating capacity, and we have not invested in the new instruments of wealth creation.

As you go through your attempts to balance the budget, bear in mind that if you undercut investments in the really primary wealth-creating sector, you may actually make the whole situation worse. In other words, your decisions on Mr. Martin's paper are almost as important as any of the decisions you're going to make on a paper that comes out of Health Canada, if you're really talking about the broader health issues.

This is the dramatic slide for you in the economic sense. I'm sorry to burden you with it, but I do want to leave that message. It is one way of looking at economic growth, particularly in a period of deep and profound change.

At the turn of the century we went through a period of profound change, in which what's called the total factor productivity in the United States went flat. We're in one now. The vertical axis is total factor productivity, and you'll notice that from 1970 to 1990 we had been at zero. There are a whole bunch of countries to the right that aren't at zero. That's the explanation why, even though we haven't been the biggest public spenders, we simply have the biggest debt. We weren't creating the wealth base to finance our expenditures.

I want to give you an image and come to that important question. This is where you and I work in our society. At the moment about 25% of us work in the upper left-hand box, which I'll classify as "traded goods and services". It doesn't mean that you have to export, but you are traded against. About 25% work in the lower left-hand box, which are dynamic services or communications.

## [Translation]

Le défi que doit relever le Canada est reproduit sur ce graphique-ci, extrait du résumé de la banque Morgan Stanley. Au chapitre des dépenses gouvernementales, nous ne figurons pas tout en haut de la liste des pays de l'OCDE mais plutôt au milieu, dans cette sorte de bande grisâtre, correspondant à la situation de 1960 à 1994. Voici toutefois l'information matraque: notre dette est la plus massive de tous les pays de l'OCDE. Et il est absolument essentiel que vous compreniez pourquoi. Ce que j'entends dire à Ottawa me porte à croire qu'on ne comprend pas totalement la situation. Il se peut que vous la compreniez tous, et c'est très bien, mais il faut que vous sachiez comment se crée la richesse dans une société.

Le «Report of Business» du journal *The Globe and Mail* est essentiellement destiné à ce que j'appelle le secteur de notre économie qui réagit à la richesse, ou bien le secteur de la roulette budgétaire, qui n'est pas un secteur créateur de richesse. Il faut que vous compreniez bien cela. Deuxièmement, en période de changement technologique profond et généralisé, la façon de créer la richesse change considérablement, elle aussi.

En ce qui concerne le Canada, la création de richesse provenait essentiellement des ressources naturelles, mais celles-ci ne constituent plus aujourd'hui l'assise de notre économie, leur déclin ayant commencé au milieu des années soixante-dix. Nous avons dépensé, aussi bien les particuliers que les gouvernements, largement au delà de ce que permettait notre capacité de création de richesse, et nous n'avons rien investi dans les nouveaux instruments de création de richesse.

Dans vos efforts de rééquilibrage de budget, n'oubliez pas que vous risquez d'empirer toute la situation si vous amputez les investissements dans le secteur de création primaire de la richesse. Autrement dit, vos décisions à propos du document de M. Martin sont presque aussi importantes que celles que vous allez prendre à propos d'un document que va produire Santé Canada, si vous voulez vous attaquer aux questions globales de santé.

Voici la diapositive la plus spectaculaire, pour vous, sur le problème économique. Je suis désolé de revenir là-dessus mais je tiens à vous laisser clairement ce message. Cette diapositive représente une manière d'examiner les questions de croissance économique, surtout à une époque de changements profonds.

Au début du siècle, nous avons connu aussi une période de changements profonds, au cours de laquelle ce qu'on appelle la productivité sectorielle totale des États-Unis n'a plus bougé. C'est la même chose aujourd'hui. Leurs données représentent la productivité factorielle totale, et vous pouvez voir qu'elle est restée à zéro entre 1970 et 1990. Je précise qu'il y a tout un groupe de pays, à droite, où elle n'est pas restée à zéro. Voilà pourquoi, même si nous n'avons pas été les plus dépensiers du secteur public nous avons quand même la dette la plus lourde. Et cela, c'est parce que nous n'avons pas créé la richesse requise pour financer nos dépenses.

Je vais vous donner une image et revenir à cette question importante. C'est ici que vous et moi travaillons dans notre société. À l'heure actuelle, environ 25 p. 100 d'entre nous travaillons dans la case supérieure gauche, que j'appellerai la case des «biens et services transigés». Cela ne veut pas dire que vous devez exporter mais plutôt qu'on fait du commerce contre vous. Environ 25 p. 100 d'entre nous travaillons dans la case inférieure gauche, qui est celle des services dynamiques ou des communications.



[Texte]

[Traduction]

• 1040

The upper right-hand quadrant is where people like me live, to some extent. We're publicly financed, or there's a mixture of financing, but it's not the primary wealth-creating sector. At the lower right is the leisure and recreation small-retail shopkeepers.

The right-hand side of that slide is heavily influenced by how well the upper left-hand quadrant works. If you come from a small community like Kapuskasing and the pulp and paper mill goes down, you know that the whole income of the system goes down. If you come from the province of Saskatchewan, you know that if everything goes down, then the whole wealth base of the province of Saskatchewan goes down. Basically, that's true for this country because we have not invested shrewdly in the upper left-hand box.

The two dominant issues that you and I face is how to create a climate that fosters the establishment of what we call idea-based innovative enterprises, which is a new economy based on ideas. You are no longer financing objects; you are financing ideas. The banks have to learn how to do it. You didn't call me to come here and take you through an economic lecture but I do have to make that point. You have to understand that.

The second thing is to maintain, with diminished resources, a healthy social environment. That comes to your question. I don't have an easy solution to that, but I do have a few things I'd like to say about public policy in this area.

I have some slides. If you have not read the book by Putnam called *Making Democracy Work*, then read it. Putnam examined Italy as a society to find out how it works. The northern Italian communities he classifies as being civic, while the southern Italian communities are uncivic. We're not coming down to the community level, in answer to your question.

Civic societies are characterized by strong horizontal instruments that cut across the vertical instruments. Health care in most of our communities has been vertical; it has not been horizontal. It doesn't tie into the other roots in a society.

The YMCA in metropolitan Toronto would be a horizontal instrument. It works across all cultures and regions of Toronto and provides very superb daycare. It's about 250 in the city of Toronto. That would be, in Putnam's language, a horizontal instrument. Societies that have strong horizontal institutions tend to be civic. They have a strong commitment to the local and regional governments.

Let's come back to the early childhood question. I had this debate with some people in Winnipeg in June. Say I'm a private sector individual running a daycare centre for my female employees. What would happen if all of us got together to help run a system, with whatever government is financing, for the whole population? That would be a horizontal function in a civic society.

La case supérieure droite est celle où se trouvent des gens comme moi, dans une certaine mesure. Nous bénéficions de financement public, ou de financement mixte, mais ce n'est pas le secteur primaire de création de la richesse. La case inférieure droite est celle des loisirs et de la vente au détail.

La partie droite de cette diapositive est fortement influencée par la manière dont travaille la case supérieure gauche. Si vous vivez dans une petite collectivité comme Kapuskasing et que l'usine locale de pâtes et papiers ferme ses portes, vous savez que c'est le revenu total du système qui va baisser. Si vous êtes de la Saskatchewan, vous savez que toute la richesse de la province va baisser si tout s'arrête. En fin de compte, ce principe est valable pour tout le pays, car nous n'avons pas investi avec sagesse dans la case supérieure gauche.

Les deux questions fondamentales qui se posent, à vous comme à moi, consistent à savoir comment établir un climat favorisant la création de ce que j'appelle des entreprises à idées novatrices, c'est-à-dire une nouvelle économie fondée sur les idées. Vous ne financez plus des objets, vous financez des idées. Les banques ont appris à le faire. Vous ne m'avez pas invité à comparaître ici pour vous faire un cours d'économie mais c'est un facteur important. Il faut que vous le compreniez.

La deuxième chose consiste à savoir comment maintenir un environnement social sain, avec des ressources réduites. Cela m'amène à votre question. Je n'ai pas de solution facile à proposer, mais j'ai quelques remarques à faire au sujet des politiques publiques dans ce domaine.

J'ai quelques autres diapositives. Si vous n'avez pas lu l'ouvrage de Putnam intitulé *Making Democracy Work*, je vous recommande de le faire. Putnam s'est penché sur la société italienne pour voir comment elle fonctionne. Dans sa classification, les collectivités du nord de l'Italie font preuve de civisme, contrairement à celles du sud. Nous n'en sommes pas encore au niveau des collectivités, pour répondre à votre question.

Les sociétés civiques se caractérisent par de puissants instruments horizontaux qui coupent les instruments verticaux. Dans la plupart de nos collectivités, les soins de santé sont un instrument vertical et non horizontal. C'est un instrument qui ne touche pas les autres racines de la société.

Le YMCA de la région de Toronto serait un instrument horizontal. Il touche toutes les cultures et parties de la région de Toronto, et fournit de superbes services de garde d'enfants. C'est à peu près 250 dans la ville de Toronto. Dans la terminologie de Putnam, c'est un instrument horizontal. Les sociétés qui ont de puissantes institutions horizontales ont tendance à être des sociétés civiques. Elles attachent beaucoup d'importance à leur gouvernements local et régional.

Revenons à la question de la petite enfance. J'ai eu ce débat avec certaines personnes à Winnipeg, au mois de juin. Disons que je suis un employeur du secteur privé qui gère une garderie d'enfants pour son personnel féminin. Que se passerait-il si nous nous réunissions pour gérer un système destiné à l'ensemble de la population, avec le financement éventuel du gouvernement? Ce serait une fonction horizontale dans une société civique.

## [Text]

I believe the solution to this has to be tailored to let communities come together to solve the problems. You cannot create a blueprint that solves problems in every community. Moncton is different from Saskatoon, and Saskatoon is different from Edmonton.

What becomes very important is our ingenuity. We know what the issues and the important targets are. Can you create programs that gives groups and communities the power or ability to cope with these issues? Putnam's book says you can do this. He illustrates this very powerfully in the story of northern Italy versus southern Italy.

The problem is that it's a very difficult challenge about which we know relatively little. However, we have a huge range of experience. This is actually taking place in our communities. Most of you know about this because that's where you were elected.

You solve this with public policies that support community groups that can actually come together to try to make some coherence in trying to solve some of the problems. I don't think there is any other easy way to do it.

The senior resource vice-president for Canadian Pacific very interested in this because he goes across the country. We have some banks interested in this. One of the things I can do involves when their employees come to retirement. They can be helped with programs as retirees to come and work in the community in some of these areas. It shouldn't be left over to a bunch of professionals. It has to be much more powerful and community-based, with real people in the community showing leadership.

That may be a weak answer but it's the best answer I can give you at the moment.

Mr. Chairman, I've reached the time to shut this off.

• 1045

**Mr. Jackson:** Professor, thank you very much for a very interesting dissertation. It leads us to a couple of conclusions. One which we hear people espouse from time to time is that the investments we make now we're not going to see directly. For those of us who are looking at elections and looking at short chunks, that just isn't going to work, so we have to come up with that.

This brings me to the other point of a person in the community, and I always had that intuition... When the police are asking for more resources or we're asking for more jails and things, where we really can't change some of these people that are chronic... It feeds on itself when you put people in the condominiums, as you say, in these big buildings where they can't interact properly as a group. Then they end up getting into the system and they in turn start shooting at the police. Then the police in turn want bigger guns and bigger vests and more resources.

## [Translation]

Je crois que la solution au problème doit être très souple pour laisser aux communautés la possibilité de s'unir dans l'action. On ne peut pas dresser un plan permettant de résoudre les problèmes de chaque collectivité. Moncton n'est pas Saskatoon, qui n'est pas Edmonton.

Ce qui devient très important, c'est l'imagination. Nous savons quels sont les problèmes et quels sont les objectifs importants. La question est de savoir si l'on peut créer des programmes qui donneront aux groupes et collectivités le pouvoir ou la capacité de faire face à ces problèmes. Dans son livre, Putnam dit que c'est possible. Il en donne une illustration très convaincante dans sa comparaison de l'Italie du Nord à l'Italie du Sud.

Le problème est que c'est un défi très difficile à relever, et au sujet duquel nous savons relativement peu de choses. Par contre, nous bénéficions d'une vaste expérience. C'est ce qui se passe en réalité dans nos collectivités. La plupart d'entre vous êtes au courant parce que c'est là que vous êtes élus.

Ce problème peut être résolu au moyen de politiques publiques appuyant les groupes communautaires qui peuvent effectivement agir ensemble de manière cohérente. Je ne pense pas qu'il y ait d'autres solutions possibles.

Le vice-président principal des ressources de CP est très intéressé par cette question car il voyage dans tout le pays. Certaines banques sont également très intéressées. L'une des choses que je peux faire consiste à impliquer leurs employés lorsqu'ils prennent leur retraite. Autrement dit, on peut inviter des retraités à participer à ces programmes communautaires. Il ne faut pas en laisser toute la responsabilité à des groupes de professionnels. Il faut une manière d'agir qui a beaucoup plus de poids et qui est communautaire, et veiller à ce que des membres des collectivités fassent preuve de leadership.

C'est peut-être une réponse assez faible mais c'est la meilleure que je puis vous donner pour le moment.

Monsieur le président, je crois qu'il est temps maintenant de fermer cet appareil.

**M. Jackson:** Merci beaucoup, professeur, pour cette dissertation passionnante. Cela débouche sur plusieurs conclusions, l'une de celles que nous entendons de temps à autre étant que nous ne verrons plus directement, à l'avenir, les résultats des investissements que nous allons faire maintenant. Pour ceux d'entre nous qui devons participer à des élections et tenir compte du court terme, cela ne va tout simplement plus marcher. Il va falloir en tenir compte.

Cela m'amène à une autre conclusion, concernant le cas d'une personne dans sa collectivité, et j'en ai toujours eu l'intuition... Quand la police réclame plus de ressources ou que la population réclame plus de prisons, par exemple, alors que nous ne pouvons pas vraiment rien pour certaines de ces personnes qui sont chroniquement... Le système se nourrit lui-même lorsqu'on loge les gens dans des condominiums, comme vous le dites, dans ces grandes tours d'appartements qui ne leur permettent pas d'avoir des relations normales les uns avec les autres. Cela les fait tomber dans le système et ils se mettent alors à tirer sur les policiers, ce qui amène la police à réclamer de plus gros revolvers, de meilleurs gilets anti-pare-balles et plus de ressources.



## [Texte]

In some instances are governments are doing the wrong thing? Are we feeding that system? Maybe we should take another look at how we do it, which is partly what you're telling us today.

**Dr. Mustard:** That's another good question. This is the second time in 100 years that we've had to go through an extraordinary economic change. I think you have to understand that. It's a very deep and profound change. None of us have lived through this before. What we know now that we didn't know 100 years ago—perhaps our grandparents understood it, but we can articulate it—is where the forces of change can be disruptive. We now have enough evidence to know where the primary interventions should be, if I may use “intervention” in the community sense as opposed to just the government sense.

We know that our system of governance and policies was based on an old-fashioned neoclassical economics model of business cycles that is totally out of date for what we're in at the moment. So even the system of governance is in trouble. As you know, when societies become unstable their commitment to political systems wavers. You're already seeing various expressions of that in your own lives and with your own communities.

Once you accept that framework, then your question can be posed: how does the governance structure of the country embrace what we're talking about and effectively develop policies that support the capacity of communities to cope with the change? That's what the bottom line has to become. If you run to the symptoms all the time, you may misallocate scarce resources. If you can look at this subject within the broader framework that I've tried to present to you this morning, then there's some chance that communities may be able to do it.

My rule would be that, yes, you may have to increase the jails because you have people who can't cope and who create trouble for you, but don't think that if you make that investment it's solving the problem. The more important thing is whether your police force is educated about early childhood. I've asked officers, and they're not. That's something you can do in your community. Do your police officers work as volunteers in recreational facilities with young children in their spare time? Do your fire-fighters do that? There is a whole range of things you can do once you start to think of the basic dynamics societies have to have, which all of us can help build.

So it's not black or white and there isn't an easy solution. But there is a requirement to understand the dynamics and understand the price you pay. The calculation is that 30% of the youth in the United States is now permanently damaged. The Japanese will tell you that they believe this will prevent the United States economy from ever fully recovering. Now, they may be totally wrong and they would never say this publicly, but they're quite aware of the dimension. They do not have this breakdown in Tokyo and Osaka. I just want to underline that for you.

## [Traduction]

Les gouvernements ne se trompent-ils pas, dans certains cas? Est-ce que nous n'entretenons pas ce système? Peut-être devrions-nous revoir la chose de fond en comble, si j'ai bien compris ce que vous nous avez dit aujourd'hui.

**M. Mustard:** C'est une autre bonne question. Nous en sommes à notre deuxième période de changement économique extraordinaire en 100 ans. Il faut que vous compreniez que c'est une période de changement très profond. Aucun d'entre nous n'a encore connu cela. Par contre, ce que nous savons aujourd'hui et qu'on ne savait pas il y a un siècle—peut-être que nos grands-parents le comprenaient et qu'ils ne savaient pas l'exprimer—c'est dans quels secteurs les forces du changement peuvent causer de profondes perturbations. Nous avons aujourd'hui suffisamment de données pour savoir à quels domaines devraient s'appliquer nos interventions primaires, si je puis utiliser le mot «interventions» au sens communautaire, plutôt qu'au sens gouvernemental.

Nous savons que notre système de gouvernement et d'élaboration de politiques repose sur un modèle économique cyclique, qui est néo-classique et désuet, et complètement inadapté à la situation contemporaine. Même notre système de gouvernement est en difficulté. Comme vous le savez, lorsque les sociétés sont instables, leur engagement envers leur système politique fléchit. Vous en voyez déjà des signes dans vos propres collectivités.

Si vous acceptez cette prémisse, la question se pose alors ainsi: comment peut-on adapter la structure de gouvernement du pays pour intégrer ce dont nous parlons et formuler des politiques efficaces pour appuyer l'aptitude des collectivités à faire face au changement? C'est cela qui est devenu la question de fond. Si l'on garde constamment le nez sur les symptômes, on risque de mal répartir les ressources qui sont rares. Si l'on analyse cette question dans le cadre plus général que j'ai tenté de vous présenter ce matin, il se peut que les collectivités réussissent à s'en sortir.

Ma réponse à votre question est que, oui, il faut peut-être construire de nouvelles prisons parce qu'il y a des gens qui ne s'en sortent pas et qui vont vous créer des difficultés, mais ne vous imaginez surtout pas que cet investissement va vous permettre de résoudre le problème. La question la plus importante est de savoir si vos policiers ont reçu une formation adéquate dans le domaine de la petite enfance. Je l'ai demandé à certains agents et je sais que non. Voilà quelque chose que l'on peut faire dans la collectivité. Les agents de police travaillent-ils comme bénévoles dans des centres de loisirs, avec de jeunes enfants, pendant leur temps libre? Les pompiers le font-ils? Il y a tout un éventail de choses que l'on peut faire quand on commence à réfléchir à la dynamique fondamentale des sociétés, et je parle ici de choses auxquelles nous pouvons tous contribuer.

Certes, la situation n'est pas simple et il n'y a pas de solution magique. Nous avons cependant le devoir de comprendre la dynamique en jeu et le prix que l'on paie. On estime aujourd'hui que 30 p. 100 des jeunes des États-Unis ont subi des dommages permanents. Les Japonais vous diront que cela empêchera, à leur avis, l'économie américaine de jamais se rétablir complètement. Il se peut qu'ils aient complètement tort, et ils ne le diront jamais publiquement, mais ils sont parfaitement conscients de cet aspect du problème. Qui n'existe pas, je l'ajoute, à Tokyo ni à Osaka. Je tenais à le souligner.

[Text]

We do have emerging problems in Montreal, Toronto, Winnipeg and Vancouver, to name a few cities I know something about. Federally you cannot totally solve those problems, but you can try to make certain that your own policies and actions feed back into the communities. That's the best I can give you in terms of trying to solve it. I'm not elected so I don't have to bear any responsibility.

**The Chairman:** We have to keep an eye on the clock because this session could go on indefinitely. I'll allow a couple more speakers and then I suggest we cut it off.

**Mrs. Ur (Lambton—Middlesex):** Mr. Chairman, I won't be long.

I just want to commend Dr. Mustard on what I would say is the most interesting hour and a half I've spent at a health committee meeting so far. It really assures me to think I'm on the right. . .

**The Chairman:** What?

**Dr. Mustard:** Your coping skills are coming out here, sir.

• 1050

**Mrs. Ur:** It goes back not just to health but to agriculture. I come from an agricultural riding, and we have this kind of division about agriculture is not really important to us. . . But this really reiterates the fact that a country that loses its capability to feed its people loses its ability to govern its people. Your underlying message this morning. . . This is really what you're talking about, that it's not just the nurturing but also the nutrition. This is one of the things I hope this health committee will be discussing: early childhood, prenatal, proper nutrition. I'm really pleased.

Are we able to have any of these charts, or are they confidential to you?

**Dr. Mustard:** My good assistant Dorothy McKinnon is sitting there. If your staff will contact her, yes, you may have them. As I say, much of this is in this book, and another book or issue is coming out in *Daedalus*. If you want to contact us, we can tell you how to get them.

**Mrs. Ur:** Thank you.

**Mr. Szabo:** Dr. Mustard, the childhood enrichment study in the States, the 19-year-old study that had such wonderful results with an intervention group versus a control group, I think basically is trying to simulate effective parenting. If that's the case, would you expect the same kind of positive results, or at least results in the same direction, if parents were, for instance, given more guidance on the techniques or components of effective parenting in the early years?

**Dr. Mustard:** Yes. But the message I would leave with you is that the resources that support a parent in this crucial period have a huge influence on what that parent can do. Giving lectures and whatnot to somebody who's really in difficulty,

[Translation]

De nouveaux problèmes sont en train d'apparaître à Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver, villes que je connais un peu. Ce ne sont pas des problèmes que vous pouvez résoudre complètement au palier fédéral, mais vous pourriez au moins essayer de faire en sorte que vos propres politiques et mesures appuient comme il faut les collectivités locales. C'est la meilleure solution que je puisse vous proposer. Cela dit, comme je ne suis pas élu, je n'assume aucune responsabilité à cet égard.

**Le président:** Je surveille l'heure parce que nous n'allons pas pouvoir continuer cette discussion indéfiniment. Je vais encore accepter quelques interventions, après quoi nous leverons la séance.

**Mme Ur (Lambton—Middlesex):** Je ne serai pas longue, monsieur le président.

Je veux simplement remercier M. Mustard de m'avoir fait passer l'heure et demie la plus intéressante que j'ai jamais passée au sein d'un comité de la santé. Cela me confirme que je suis dans la bonne. . .

**Le président:** Quoi?

**M. Mustard:** Vos talents d'adaptation commencent à se faire jour, monsieur.

**Mme Ur:** Cela ne concerne pas que la santé, il y a aussi l'agriculture. Je viens d'une circonscription agricole et je sais parfaitement quelle importance l'agriculture peut avoir pour nous. . . Cela confirme le fait qu'un pays qui n'est plus capable de nourrir son peuple n'est plus capable, non plus, de le gouverner. Votre message sous-jacent de ce matin. . . C'est vraiment cela que vous nous avez dit, qu'il ne s'agit pas simplement d'éducation mais aussi de nutrition. Et j'espère que le Comité de la santé va se pencher sur cette question: la petite enfance, les soins prénatals, une bonne nutrition. Je suis très satisfaite.

Allez-vous nous donner ces graphiques, ou sont-ils confidentiels?

**M. Mustard:** Ma bonne assistante, Dorothy McKinnon, qui est assise là-bas, veillera à vous les remettre. Le greffier pourra s'en occuper avec elle. Comme je l'ai dit, bon nombre de ces analyses se trouvent dans ce livre, et se trouveront aussi dans un nouveau numéro de *Daedalus*. Prenez contact avec nous et nous vous dirons comment les obtenir.

**Mme Ur:** Merci.

**M. Szabo:** L'étude menée aux États-Unis sur l'enfance, monsieur Mustard, cette étude de 19 ans qui a produit des résultats tellement merveilleux avec un groupe d'intervention par rapport à un groupe de contrôle, visait essentiellement, si je ne me trompe, à rehausser l'efficacité parentale. Si tel est le cas, pourrions-nous nous attendre à des résultats aussi positifs ou au moins qui iraient dans le même sens, en donnant aux parents plus de conseils sur les techniques efficaces pour élever les enfants?

**M. Mustard:** Oui. Ce que je veux souligner, c'est que les ressources permettant d'appuyer les parents, à cette étape cruciale, exercent une influence considérable sur ce que peuvent faire les parents. Donner des cours ou des conférences



## [Texte]

particularly if the persons themselves have had a difficult childhood, isn't really going to have a huge effect on the system. You have to think about the structures of the community, the recreational facilities available—having playgrounds is not trivial—how to use school playgrounds. . . all these become part and parcel of how you get at that problem.

The question of the quality of the systems or services that can be provided for females with children. . . I know of one lady at one session in which I went through this. . . and the women in the audience who have children have a tough response to this message, particularly if they have children at home and they're working, because they get the message. This lady worked for a hospital in British Columbia in which her boss was a 42-year-old woman who had no children. She'd been trying to get a day care set up in the hospital. She then took the message back to the head of the hospital and said we're a health institution and we don't even run a child-care facility and you're putting my kids at risk for the future. She finally got her day care centre put into the institution.

You have to address this aggressively in getting the structures in place. The structures in place are far more important than some of the other things we talk about. And the structures have to be community based.

**The Chairman:** I want to thank you, Dr. Mustard, and in the same mouthful I want to apologize to you, because you will have noticed I haven't been in the room.

**Dr. Mustard:** I'll expect you to read this, and I'll examine you on it.

**The Chairman:** Exactly.

It was my responsibility to introduce a private member's bill right at 10 a.m., except when I went over a ministerial statement was in progress, so it took us 40 minutes to do about a 30-second job. I'm sorry I missed the presentation. Jokes aside, I shall read the transcript with interest.

On behalf of the committee, I thank you for coming on fairly short notice. Thank you very much for an excellent presentation.

We'll now go in camera.

*[Proceedings continue in camera]*

## [Traduction]

à quelqu'un qui connaît de graves difficultés, surtout à quelqu'un qui a eu, lui-même, une enfance difficile, n'aura probablement pas d'effet sensible sur l'ensemble du système. Il faut tenir compte de toutes les structures de la collectivité, des équipements récréatifs disponibles—créer des terrains de jeux n'est pas une question triviale—et tout cela doit faire partie intégrante des solutions envisagées.

Quant à la question de la qualité des systèmes ou services que l'on peut offrir aux femmes qui ont des enfants. . . Je me souviens d'une femme qui avait participé à une session où j'avais parlé de tout cela. . . et les femmes qui ont des enfants réagissent vigoureusement à ce message, surtout si leurs enfants doivent rester à la maison pendant qu'elles travaillent. Cette femme dont je parle travaillait dans un hôpital de la Colombie-Britannique sous les ordres d'une femme de 42 ans qui n'avait pas d'enfant. Elle avait essayé de faire créer une garderie à l'hôpital. Elle est allée voir le directeur de l'hôpital pour lui dire que son établissement, un établissement de santé, n'avait même pas de garderie et que cela l'obligeait, elle, à faire courir des risques à ses propres enfants. Elle a finalement obtenu sa garderie à l'hôpital.

Il faut attaquer le problème de front pour que les structures soient mises en place. Les structures sont beaucoup plus importantes que certaines des autres choses dont nous avons parlé. Et ces structures doivent être communautaires.

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Mustard, et je tiens en même temps à vous présenter mes excuses car, vous l'aurez constaté, je n'ai pu suivre votre présentation.

**M. Mustard:** Je m'attends à ce que vous l'étudiez attentivement, et je vous ferai passer un examen.

**Le président:** Absolument.

Je devais présenter un projet de loi d'initiative privée à 10 heures précise mais, quand je suis arrivé, un ministre faisait une déclaration officielle et il m'a fallu attendre 40 minutes pour faire mon intervention de 30 secondes. Je regrette de n'avoir pu suivre votre exposé. Quoi qu'il en soit, je lirai avec beaucoup d'intérêt le procès-verbal de la séance.

Au nom du Comité, je vous remercie sincèrement d'être venu à si bref préavis. Merci beaucoup de votre excellent exposé.

Nous allons maintenant siéger à huis clos.

*[La séance continue à huis clos]*

**MAIL**  **POSTE**

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

**Lettermail**

**Poste-lettre**

**8801320  
OTTAWA**

*If undelivered, return COVER ONLY to:*

Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*

*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

**WITNESS**

*From the Canadian Institute for Advanced Research:*

J. Fraser Mustard, President.

**TÉMOIN**

*De l'Institut canadien de recherches avancées:*

J. Fraser Mustard, président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9



CA 1  
XC28  
-H39

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 15

Tuesday, October 18, 1994

Chair: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 15

Le mardi 18 octobre 1994

Président: Roger Simmons

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*    *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Health

## Santé

---

### RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), considering of a study on the health of aboriginal Canadians

### CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, considération d'une étude concernant la santé des autochtones du Canada

---

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



## STANDING COMMITTEE ON HEALTH

*Chair:* Roger Simmons

*Vice-Chairs:* Ovide L. Jackson  
Pauline Picard

### Members

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Associate Members

Madeleine Dalphond—Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
John Murphy  
Andy Scott

(Quorum 6)

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

*Président:* Roger Simmons

*Vice-présidents:* Ovide L. Jackson  
Pauline Picard

### Membres

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Membres associés

Madeleine Dalphond—Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
John Murphy  
Andy Scott

(Quorum 6)

*La greffière du Comité*

Nancy Hall

## ORDER OF REFERENCE

*Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons of Friday, October 7, 1994*

Mr. Milliken (Parliamentary Secretary in the House of Commons), from the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented the Thirty-ninth Report of the Committee, which was as follows:

Your Committee recommends that the following Members be added to the list of Associate Members of Standing Committees:

Health

de Savoye

ATTEST

*Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons of Friday, October 7, 1994*

By unanimous consent, Mr. Milliken (Parliamentary Secretary to the Leader of the Government in the House of Commons), seconded by Mr. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell), moved, — That the Thirty-ninth Report of the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented earlier today, be concurred in.

The question was put on the motion and it was agreed to.

ATTEST

## ORDRE DE RENVOI

*Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du vendredi 7 octobre 1994*

M. Milliken (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, présente le 39<sup>e</sup> rapport de ce Comité, dont voici le texte:

Votre Comité recommande que les députés suivants fassent partie de la liste des membres associés des Comités permanents:

Santé

de Savoye

ATTESTÉ

*Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du vendredi 7 octobre 1994*

Du consentement unanime, M. Milliken (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), appuyé par M. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell), propose, — Que le 39<sup>e</sup> rapport du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, présenté plus tôt aujourd'hui, soit agréé.

La motion, mise aux voix, est agréée.

ATTESTÉ

*Le Greffier de la Chambre des communes*

ROBERT MARLEAU

*Clerk of the House of Commons*

## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, OCTOBER 18, 1994  
(24)

[Text]

The Standing Committee on Health met at 9:15 o'clock a.m. this day, in Room 112-N, Centre Block, the Chairman, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Associate Members present:* Madeleine Dalphond-Guiral, Audrey McLaughlin.

*Other Member present:* Dick Harris.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Bill Murray, Research Officers.

*Witnesses: From the Native Women's Association of Canada:* Amy Angeconeb, Executive Director; Claudette Dumont-Smith, Health Specialist. *From the Congress of Aboriginal Peoples:* Darliea Dorey, Vice-President; Diane Jardine, Director of Justice; Dan Ryan, Executive Director. *From the Assembly of First Nations:* Ovide Mercredi, National Chief; Alfred Linklater, Director of Education; Keith Conn, Environment Co-ordinator, Maxine Cole, Co-ordinator of the EAGLE Project (Effects on Aboriginals of the Great Lakes Environment).

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to the consideration of a study on the health of aboriginal people (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

Amy Angeconeb from the Native Women's Association of Canada, made an opening statement and with Claudette Dumont-Smith, answered questions.

At 9:45 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 9:55 o'clock a.m., the sitting resumed.

Darliea Dorey from the Congress of Aboriginal Peoples, made an opening statement and answered questions.

At 10:25 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:35 o'clock a.m., the sitting resumed.

Ovide Mercredi, from the Assembly of First Nations, made an opening statement and with Alfred Linklater answered questions.

At 11:10 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

Clerk of the Committee

## PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 18 OCTOBRE 1994  
(24)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à 9 h 15, dans la salle 112-N de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Membres associés présents:* Madeleine Dalphond-Guiral et Audrey McLaughlin.

*Autre député présent:* Dick Harris.

*Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Bill Murray, attachés de recherche.

*Témoins: De l'Association des femmes autochtones du Canada:* Amy Angeconeb, directrice exécutive; Claudette Dumont-Smith, spécialiste en santé. *Du Conseil national des autochtones:* Darliea Dorey, vice-présidente; Diane Jardine, directrice de la justice; Dan Ryan, directeur exécutif. *De l'Assemblée des Premières nations:* Ovide Mercredi, chef national; Alfred Linklater, directeur de l'éducation; Keith Conn, coordonnateur de l'environnement; Maxine Cole, coordonnateur du projet EAGLE (incidence sur les autochtones de l'environnement des Grands lacs).

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité entreprend d'étudier la santé des peuples autochtones (*voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*).

Amy Angeconeb, de l'Association des femmes autochtones du Canada, fait un exposé puis, avec Claudette Dumont-Smith, répond aux questions.

À 9 h 45, la séance est suspendue.

À 9 h 55, la séance reprend.

Darliea Dorey, du Congrès des peuples autochtones, fait un exposé et répond aux questions.

À 10 h 25, la séance est suspendue.

À 10 h 35, la séance reprend.

Ovide Mercredi, de l'Assemblée des Premières nations, fait un exposé puis, avec Alfred Linklater, répond aux questions.

À 11 h 10, le Comité s'ajourne jusqu'à l'appel du président.

La greffière du Comité

Nancy Hall



[Texte]

## EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, October 18, 1994

● 0905

**The Chairman:** Order, please. Good morning, everyone. We welcome our guests this morning, Amy Angeconeb and her colleague. I'm going to ask Amy in a moment to introduce her colleague.

First, just in case our witnesses are not fully aware of what we're up to here, the committee decided to undertake a study of aboriginal health issues—we decided in principle to do that. But before proceeding, we want to get the advice of a cross-section of groups that are most directly affected with those issues. We deliberately have not finalized our work plan. We are waiting until we hear from you and from representatives of other organizations such as yours.

So we're glad you could come on very short notice. If you have a fairly brief opening statement that's fine. But we'd also like to have an opportunity to ask you some questions if we may. Go ahead, Amy.

**Ms Amy Angeconeb (Executive Director, Native Women's Association of Canada):** My name is Amy Angeconeb. I'm the executive director for the Native Women's Association. This is Claudette Dumont-Smith. She's a registered nurse and her background is in health.

● 0910

The Native Women's Association of Canada represents approximately 513,000 aboriginal women across Canada. This includes status, non-status, Métis, Inuit, on-reserve, and off-reserve women.

Health is an area where institutions and services designed outside the community touch on the everyday lives of aboriginal people. The holistic understanding of health by aboriginal people encompasses the physical, mental, emotional, and spiritual aspects of a person and includes the environment.

Poor health among aboriginal people is directly related to poverty and low morale. The most significant of the multiple conditions of ill health facing aboriginal people are accidents and violence. Aboriginal people are four times as likely to die from these causes as their non-aboriginal counterparts.

Other causes of death and/or illness are diseases of the circulatory system; diseases of the respiratory system—for example, pneumonia is over three times higher; cancer; suicide; chronic health conditions such as tuberculosis, which is more than 9 times higher; and diabetes, which in some communities is at epidemic proportions. The life expectancy of an aboriginal person is 30 years less in comparison to that of a non-aboriginal person.

[Traduction]

## TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 18 octobre 1994

**Le président:** La séance est ouverte. Bonjour, tout le monde. Nous souhaitons ce matin la bienvenue à Amy Angeconeb et à sa collègue que je vais demander à Amy de nous présenter dans un instant.

D'abord, au cas où nos témoins ne sauraient pas exactement quelles sont nos intentions, je leur indique que le comité a décidé d'entreprendre une étude des questions touchant la santé des autochtones. Or, avant de commencer les travaux, nous voulons consulter des groupes représentatifs parmi ceux qui sont le plus directement concernés par ces questions. Nous n'avons délibérément pas encore arrêté notre programme de travail. Nous voulons d'abord entendre des gens comme vous et les représentants d'autres organisations comme la vôtre.

Nous sommes donc heureux que vous ayez pu venir avec un préavis très court. Si vous avez une déclaration liminaire assez courte, vous pouvez la présenter, mais nous aimerions également pouvoir vous poser quelques questions, si vous le voulez bien. Allez-y, Amy.

**Mme Amy Angeconeb (directrice exécutive, Association des femmes autochtones du Canada):** Je m'appelle Amy Angeconeb. Je suis directrice exécutive de l'Association des femmes autochtones du Canada. Je vous présente Claudette Dumont-Smith, qui est infirmière et qui est spécialiste des problèmes touchant la santé.

L'Association des femmes autochtones du Canada représente environ 513 000 femmes autochtones de l'ensemble du pays, parmi lesquelles des Indiennes enregistrées ou non-enregistrées, des métisses, des Inuites et des femmes vivant dans les réserves ou hors des réserves.

Dans un domaine comme la santé, des institutions et des services conçus à l'extérieur de notre communauté ont une incidence sur la vie quotidienne des autochtones. Les autochtones interprètent la notion de santé d'une façon holistique qui couvre les aspects physique, mental, émotionnel et spirituel de la personne et inclus l'environnement.

La mauvaise santé des autochtones est étroitement liée à la pauvreté et à la démoralisation. Cela se manifeste sous différentes formes, dont les plus importantes pour les autochtones sont les accidents et la violence. Les autochtones ont quatre fois plus de chances de mourir dans ces conditions que le reste de la population.

Les autres causes de décès ou de problèmes de santé sont les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies respiratoires, par exemple la pneumonie, qui est trois fois plus élevée que chez les non-autochtones; le cancer, le suicide, les problèmes chroniques comme la tuberculose, neuf fois plus élevés; et le diabète, qui atteint des proportions épidémiques dans certaines communautés. L'espérance de vie d'une ou d'un autochtone est inférieur de 30 ans à celle d'une personne non-autochtone.

## [Text]

Mental health is another very serious health concern. Suicide and self-inflicted injuries in the aboriginal population are three times greater, and six times greater in the 15-24 age group. Although women share the health concerns common to all aboriginal people, an issue of particular importance to women is reproductive health.

Statistical data indicates aboriginal infant mortality rates to be 17.5 per 1,000 births in comparison to 7.9 per 1,000 for the Canadian infant mortality rate. The native prenatal deaths are two times higher than the general population and the post-neonatal deaths are more than three times higher for aboriginal children.

In aboriginal communities, health services are provided by registered nurses through the medical service branch of Health Canada. Recently, however, bands and tribal councils have chosen to administer health services through the health transfer initiative. In many instances, specialized medical services only exist in large urban areas located at varying distances from aboriginal communities.

For those aboriginal women who reside off reserve, health services are accessed in the general way with the exception of a few newly formed aboriginal health centres such as the Anishnawbe Health Centre located in the city of Toronto, which serves urban aboriginal people.

Aboriginal women from remote communities are faced with other major difficulties when travelling south for health care, such as culture shock, language barriers, and the lack of medical interpreters. The problem is further compounded by the fact that when hospitalized for medical care, they are geographically separated from their families and other support for significant periods. For elderly aboriginal women, this is very traumatic.

The Native Women's Association of Canada is urging the committee to focus on the mental health condition of aboriginal women. Mental health is an area that needs further study and immediate attention in order to decrease the high rates of violence and suicide prevalent in aboriginal communities today.

Another area we recommend the committee to focus on is the use and abuse of alcohol and drugs and solvents.

It is, in our opinion, difficult to separate all health conditions above as we feel they are all interrelated and have long-term negative effects on the health of both the woman and her family. However, mental health is extremely crucial.

The Native Women's Association of Canada feel that all issues identified above are of equal importance and should be considered in developing specific terms of reference for the future study on the health of aboriginal people in Canada.

It is our belief that health programs designed and delivered by aboriginal people work well in meeting the total needs of the aboriginal population as they are culturally appropriate; that is, they respect the traditional concepts of health and healing.

## [Translation]

La santé mentale constitue également un grave problème. Le suicide et les blessures auto-infligées sont trois fois plus fréquentes chez les autochtones, et même six fois plus dans le groupe des 15 à 24 ans. Les femmes ont les mêmes problèmes de santé que l'ensemble des autochtones, mais ce qui touche la reproduction revêt pour elles une importance particulière.

Les statistiques révèlent un taux de mortalité infantile de 17,5 par 1 000 naissances chez les autochtones au lieu de 7,9 pour 1 000 dans l'ensemble du Canada. La mortalité prénatale est deux fois plus élevée chez les autochtones que dans l'ensemble de la population et la mortalité post-néo-natale des enfants autochtones est plus de trois fois plus élevée que pour les autres.

Dans les collectivités autochtones, les services de santé sont fournis par des infirmières travaillant pour la Direction générale des services médicaux de Santé Canada. Depuis peu, cependant, les bandes et les conseils tribaux préfèrent administrer leurs services de santé dans le cadre du programme de transfert de ces services. Les services médicaux spécialisés se trouvent souvent seulement dans les grandes régions urbaines situées à des distances variables des collectivités autochtones.

Les femmes autochtones résidant à l'extérieur d'une réserve ont accès aux mêmes services de santé que tout le monde, à l'exception de quelques centres de santé autochtones de création récente, comme l'Anishnawbe Centre, qui dessert la population autochtone urbaine de Toronto.

Les femmes autochtones habitant dans des collectivités lointaines doivent faire face à d'autres importantes difficultés lorsqu'elles vont recevoir des soins dans le sud, notamment le choc culturel, les barrières linguistiques et l'absence d'interprètes médicaux. Le problème est d'autant plus grand que, lorsqu'elles sont hospitalisées, elles se trouvent très loin de leurs familles ou de tout autre forme d'appui pendant de longues périodes. C'est particulièrement traumatisant pour les femmes autochtones âgées.

L'Association des femmes autochtones du Canada presse le comité de mettre l'accent sur la santé mentale des femmes autochtones. C'est un domaine qu'il faut étudier de plus près et sans tarder pour faire baisser les taux élevés de violence et de suicide que l'on constate aujourd'hui dans les communautés autochtones.

Nous recommandons également au comité de se pencher sur l'alcoolisme, la toxicomanie et l'utilisation de solvants.

Selon nous, il est difficile de dissocier tous les problèmes de santé ci-dessus car ils nous paraissent tous reliés les uns aux autres et ils ont des effets négatifs à long terme sur la santé des femmes et de leurs familles. Néanmoins, la question de la santé mentale est tout à fait cruciale.

Pour l'Association des femmes autochtones du Canada, les problèmes mentionnés ci-dessus revêtent tous la même importance et il faut en tenir compte dans la préparation précise du mandat de l'étude qui va se faire au sujet de la santé des autochtones du Canada.

À notre avis, des programmes de santé conçus et fournis par les autochtones, qui sont adaptés à notre culture, réussiront bien à répondre à l'ensemble des besoins de la population autochtone; ils respectent en effet les concepts traditionnels de santé et de guérison.



## [Texte]

Several communities—for example, the Wikwemikong First Nations, the Anishnawbe Health Centre in Toronto, and the Big Cove First Nations—have implemented holistic health strategies and they have proven to be successful. In all likelihood, others exist in Canada; however, for the purpose of being brief I will only mention the three identified above.

• 0915

There currently is a lack of aboriginal health professions in the health care system and a general lack of understanding by the western medical profession of the merit of traditional healers in medicine. Programs such as the Indian and Inuit health care program of Health Canada must continue to exist, as its primary mandate is to increase the number of aboriginal health professionals and has met with much success to date.

Health determinants. The most significant factors that affect the overall physical and mental health state of aboriginal people is poverty, unemployment, inadequate and overcrowded housing, and the lack of formal education of aboriginal people. In addition to these factors is the absence of general and specialized medical care that is accessible and culturally specific. All these factors contribute to the overall ill health of aboriginal women. Alleviating poverty and improving the educational and employment status of aboriginal women would bring about a positive change and would address the factors that negatively impact on their health.

The Native Women's Association of Canada is not aware of any global or national efforts that are presently under way and aimed specifically at improving the health of aboriginal women. Studies to determine the health conditions and those determinants that have an impact on the state of health—such as poverty, education, housing and other socio-economic factors that negatively impact on the health status of all aboriginal women in Canada, regardless of where they live—must immediately begin, and solutions must be found and immediately implemented if aboriginal women are to achieve the same level of health as other Canadian women.

The Native Women's Association of Canada wants to play an active and participatory role in the development of specific terms of reference for the study of health on aboriginal women in Canada and believes this is urgent and the most important matter to be addressed by the community. Aboriginal women repeatedly emphasize the importance of adopting a holistic approach to deal with women's health care needs. Simple delivery of services is not enough. A holistic approach that addresses emotional, mental, physical, spiritual, social, cultural and sexual aspects needs to be developed and urgently implemented.

The Native Women's Association of Canada had their general assembly in July of this year and the resolutions that were carried were as follows. Whereas there is a health need for disabled persons to have special adaptation to access their

## [Traduction]

Plusieurs collectivités—par exemple les Premières nations de Wikwemikong, l'Anishnawbe Centre de Toronto et les Premières nations de Big Cove—ont mis en oeuvre avec succès des stratégies de santé holistiques. Selon toute vraisemblance, il y en a d'autres au Canada qui en font autant; toutefois, par souci de concision, je ne citerai que ces trois là.

Les autochtones sont actuellement trop faiblement représentés dans le monde de la santé et les médecins occidentaux méconnaissent en général les atouts des guérisseurs traditionnels. Des programmes comme le Programme de carrières pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé, de Santé Canada, doivent continuer d'exister. Ce dernier a, par exemple, pour mandat d'augmenter le nombre de professionnels de la santé autochtone et il a donné jusqu'à présent de très bons résultats.

Les facteurs qui ont le plus de répercussions sur la santé physique et mentale générale des autochtones sont la pauvreté, le chômage, l'insalubrité et le surpeuplement des logements, et le manque de formation scolaire des autochtones. Citons également l'absence de soins médicaux généraux et spécialisés accessibles et adaptés à leur culture. Tous ces facteurs contribuent à la mauvaise santé générale des femmes autochtones. Une diminution de la pauvreté et une amélioration de la situation des femmes autochtones en matière d'éducation et d'emploi feraient évoluer positivement les choses et agiraient sur les facteurs qui ont des conséquences néfastes pour leur santé.

L'Association des femmes autochtones du Canada ne connaît aucune initiative nationale ou générale en cours à l'heure actuelle ayant spécifiquement pour but d'améliorer la santé des femmes autochtones. Il faut immédiatement mettre en route des études pour déterminer les conditions de santé et les facteurs déterminants qui influencent l'état de santé—tels que la pauvreté, l'éducation, le logement et d'autres facteurs socio-économiques qui ont des répercussions négatives sur l'état de santé de toutes les femmes autochtones du Canada, où qu'elles vivent—; il faut ensuite trouver des solutions et les appliquer immédiatement si l'on veut que le niveau de santé des femmes autochtones atteigne le même niveau que celui des autres Canadiennes.

L'Association des femmes autochtones du Canada veut participer activement à l'élaboration du mandat de l'étude concernant la santé des femmes autochtones du Canada. Et cela nous paraît constituer pour nous le problème le plus urgent et le plus important à régler. Les femmes autochtones soulignent souvent combien il est important d'adopter une approche holistique pour répondre aux besoins des femmes en matière de santé. Il ne suffit pas de fournir de tels services. Il faut mettre au point et appliquer d'urgence une méthode holistique incluant les aspects émotionnel, mental, physique, spirituel, social, culturel et sexuel.

L'Association des femmes autochtones du Canada a tenu son assemblée générale en juillet dernier et y a adopté les résolutions suivantes. Attendu que, en matière de santé, les personnes handicapées ont besoin d'accommodements

## [Text]

services in houses and access to programs, and whereas there are no rural programs and services for disabled persons in our community, be it resolved that the National Aboriginal Network on Disabilities be invited to lobby with the Native Women's Association of Canada for funding to support our disabled people.

Whereas the transition homes used by aboriginal women and children should have programs and services addressing the needs of our women and children, therefore be it resolved that NWAC mandate direction, assistance and support in assessing resources to provide a much needed service directed to all aboriginal women and children.

Whereas aboriginal women in Canada recognize the need for holistic healing lodges that address family violence, justice and personal healing, be it resolved that the Native Women's Association plan to support the provincial, federal and territorial member proposal for holistic healing lodges to be established throughout Canada. Be it further resolved that the Native Women's Association of Canada lobby the federal government to fund these proposals.

Again I reiterate that the health of aboriginal women in Canada is deplorable and the Native Women's Association of Canada is committed to work in collaboration with this committee and the federal government in improving the health conditions of aboriginal women and children.

Thank you.

**The Chairman:** Thank you very much. Do any members of the committee want to put questions? Paul.

**Mr. Szabo (Mississauga South):** How much time do we get? There's certainly a lot of—

• 0920

**The Chairman:** Well, I should have expressed my apologies to the committee earlier. I was already killing time waiting for the time to arrive. I was surprised I was late when I got here but I was, so my apologies.

**Mr. Szabo:** Okay. Amy and Claudette, welcome and thank you. For most of us it's going to be an education and it was a good start. Quite frankly, I'm looking at the people who are coming to represent. . . I was most interested to hear what you had to say because I don't think it matters what culture you come from; women generally have more responsibility for the health care of the family in the family structure.

I wanted to ask you about the conditions of native or aboriginal people off reserve as opposed to on reserve. You mentioned there is a centre, for instance, in Toronto.

In your view, are the health characteristics substantially different, and if they are would you suggest that the kinds of initiatives we would pursue or investigate or try to understand should be more focused to reserve situations as opposed to off reserve?

## [Translation]

particuliers pour pouvoir recevoir certains services à domicile et avoir accès à des programmes et attendu qu'il n'existe aucun programme ou service rural pour les personnes handicapées de notre collectivité, il est résolu d'inviter le Réseau national des autochtones handicapés à faire du lobbying conjointement avec l'Association des femmes autochtones du Canada pour obtenir des fonds pour venir en aide à nos handicapés.

Attendu que les maisons de transition qu'utilisent les femmes et les enfants autochtones devraient offrir des programmes et des services répondant aux besoins de ces femmes et de ces enfants, il est résolu que l'AFAC offre ses conseils, son appui et son aide pour évaluer les ressources permettant de fournir à toutes les femmes et tous les enfants autochtones un service bien nécessaire.

Attendu que les femmes autochtones du Canada sont conscientes de la nécessité de disposer de loges de guérison holistiques s'occupant de la violence familiale, de la justice et de la guérison personnelle, il est résolu que l'Association des femmes autochtones prévoit d'accorder son appui à la proposition présentée par des membres représentant les niveaux provincial, fédéral et territorial en vue de la création de loges de guérison holistiques dans l'ensemble du Canada. Il est en outre résolu que l'Association des femmes autochtones du Canada fasse pression auprès du gouvernement fédéral pour qu'il finance ces propositions.

Je répète une fois de plus que la santé des femmes autochtones du Canada est déplorable et que l'Association des femmes autochtones du Canada est bien décidée à collaborer avec votre Comité et avec le gouvernement fédéral pour améliorer les conditions de santé des femmes et des enfants autochtones.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup. Y a-t-il des membres du Comité qui veulent poser des questions? Paul.

**M. Szabo (Mississauga-Sud):** Combien de temps avons-nous? Il y a certainement beaucoup de. . .

**Le président:** Eh bien, j'aurais déjà dû présenter mes excuses au Comité. J'étais en train de tuer le temps en attendant l'heure de la séance. J'étais étonné d'être en retard quand je suis arrivé ici, mais je l'étais, je vous présente donc mes excuses.

**M. Szabo:** Très bien. Amy et Claudette, bienvenue et merci. La plupart d'entre nous avons beaucoup à apprendre et c'était un bon début. Très franchement, je vois les gens qui viennent pour représenter. . . Ce que vous avez dit m'a énormément intéressé parce que, à mon avis, peu importe de quelle culture on est issu; au sein de la structure familiale, les femmes assument en général une part plus grande de responsabilités pour les soins de santé.

Je voulais vous demander qu'elle est la situation des autochtones vivant hors des réserves par rapport à ceux qui vivent dans les réserves. Vous avez dit qu'il y a, par exemple, un centre à Toronto.

À votre avis, leur état de santé diffère-t-il beaucoup et, si c'est le cas, pensez-vous que les initiatives que nous pourrions entreprendre, étudier ou essayer de comprendre devraient davantage mettre l'accent sur les gens vivant dans les réserves que sur les autres?



[Texte]

**Ms Claudette Dumont-Smith (Aboriginal Health Specialist, Native Women's Association of Canada):** Good morning. About 60% now of aboriginal people live off reserve. The statistics we quoted from are mostly statistics that were derived from the medical services branch, which deal with aboriginal people living on reserve.

Statistics for aboriginal women in particular that live off reserve, the Métis, the non-status and the status, like me and Amy, living off reserve—there's no collection of this data anywhere. However, we do assume the health problems are much the same—diabetes is high, violence is a major factor, and the mental health conditions are poor.

In all the provincial systems, there's no indication on the forms to identify yourself as an aboriginal person. We believe there should be some format established where we indeed could look at the health statistics of this population that reside off the reserve.

I do believe the friendship centre is looking at collecting data on all of the aboriginal population that lives off reserve but there's nothing in place that we're aware of.

**Mr. Szabo:** Do I understand from your comments that your recommendation would be that attention be placed more on preventive health care as opposed to curative health care?

**Ms Dumont-Smith:** I think there's a need for both. Health promotion and disease prevention of course are key to long-term health benefits. I think because the situation of the health of aboriginal women in particular is so poor in comparison to the non-aboriginal group in Canada, you have to look at the curative aspect of it as well.

You can't leave one out. You have to cure the one, try to bring them up to the same standard as the rest of the Canadian population, and at the same time implement health promotion and disease prevention for future generations. So I think there has to be a special focus in that area as well.

**Mr. Szabo:** If this committee wants to pursue this, how would members of Parliament be received in the aboriginal community as far as imposing ourselves into, say, a reserve situation to educate ourselves is concerned? How would we be received? Would you have some advice for us?

**Ms Dumont-Smith:** Well, I was a member of the aboriginal circle on the Canadian Panel on Violence Against Women. There were four of us chosen from aboriginal organizations to be a part of the panel. We believe, and it was also confirmed by the other panel members, that without the aboriginal circle members present, communities would not have been as receptive to hear outsiders come in to study them again.

So I think if you include an aboriginal component or aboriginal people in your studies, if you involve the aboriginal organizations in this... If you're going to look at aboriginal health issues then of course if you involve the Native Women's Association of Canada and work in collaboration and in partnership to go into communities to look at the health issues, I think then there wouldn't be that suspicion that a lot of aboriginal people have of outside agencies, outside researchers,

[Traduction]

**Mme Claudette Dumont-Smith (Association des femmes autochtones du Canada):** Bonjour. Environ 60 p. 100 des autochtones vivent maintenant en dehors des réserves. Les statistiques que nous avons citées proviennent en général de la direction des services médicaux, qui s'occupe des autochtones vivant dans les réserves.

Il n'existe nulle part de statistiques concernant les femmes autochtones vivant hors des réserves, les Métis, les Indiennes non-enregistrées comme Amy et moi, qui vivent hors des réserves. Cependant, nous supposons que les problèmes touchant la santé sont équivalents—le diabète est fréquent, la violence est un facteur important et la santé mentale est mauvaise.

Aucun des régimes provinciaux ne prévoit sur les formulaires une case permettant de s'identifier comme autochtone. À notre avis, il faudrait prévoir un système permettant d'examiner les statistiques concernant la santé de la population vivant hors des réserves.

Je crois que le Centre d'accueil étudie la possibilité de réunir des données concernant l'ensemble de la population autochtone vivant hors des réserves, mais, à ma connaissance, rien n'est encore en place.

**M. Szabo:** Dois-je déduire de vos propos que vous recommandez que l'on mette plus l'accent sur les soins préventifs que sur les soins curatifs?

**Mme Dumont-Smith:** Je pense que les deux sont nécessaires. La promotion de la santé et la prévention des maladies sont bien sûr indispensables pour apporter des avantages à long terme en matière de santé. Étant donné que la santé des femmes autochtones du Canada est si mauvaise par rapport à celle des non-autochtones, qu'il faut également envisager l'aspect curatif.

Il ne faut négliger personne. Il faut dispenser des soins curatifs pour que tout le monde atteigne le même niveau que le reste de la population canadienne, tout en mettant en oeuvre des mesures de promotion de la santé et de prévention de la maladie destinées aux générations futures. Je pense donc qu'il faut également mettre spécialement l'accent sur cette question.

**M. Szabo:** Si le Comité voulait étudier plus à fond cette question, comment les députés seraient-ils reçus par les autochtones si nous nous rendions par exemple dans une réserve pour mieux comprendre la situation? Comment serions-nous accueillis? Avez-vous des conseils à nous donner?

**Mme Dumont-Smith:** Voyez-vous, j'étais membre du Cercle autochtone du Comité canadien sur la violence faite aux femmes. Dans ce comité, nous étions quatre à avoir été choisis dans des organisations autochtones. Nous pensons, comme l'ont confirmé les autres membres du Comité, que s'il n'y avait pas eu ce Cercle autochtone, nos collectivités n'auraient pas été aussi facilement prêtes à accepter que des gens de l'extérieur viennent une fois de plus les étudier.

Je pense donc que si vous incluez une composante autochtone ou des autochtones dans vos études, si vous y faites participer des organisations autochtones... Si vous voulez étudier les questions relatives à la santé des autochtones, il est clair que si vous assurez la participation de l'Association des femmes autochtones du Canada et que nous nous rendons conjointement sur place pour étudier les problèmes de santé, il n'y aura pas cette méfiance que ressentent beaucoup

[Text]

outside politicians coming in to study them, because the feeling is that they have been studied to death. They're sensitive to the approaches that one takes.

• 0925

**The Chairman:** Bernard.

**M. Patry (Pierrefonds—Dollard):** Merci beaucoup, monsieur le président.

In your speech you mentioned significant factors affecting the overall physical and mental health of the aboriginal people. If this committee were to focus on one or two specific determinants of health in the hope of bringing about changes in your community, what do you think we should do? Where should we target or focus our research?

**Ms Dumont-Smith:** I've been in the health field now for 20 years, and I come from an aboriginal community about 90 miles from here. It's quite progressive. Maniwaki is the name of that community. However, I see the problem in many communities is the apathy of the people. It's the poverty and the unemployment, and I think all that affects the state of mental health. There's no work. There's no reason for getting up in the morning, for doing things. You're on the welfare roll. All that, over a time, builds up and it affects the mental health, and when your mental health is affected eventually your physical health will be affected. Your children are affected as well.

I think we have to see about more work in the communities, about additional training, depending on the community itself. They're the ones who would have to identify what they want to do because each community is different in itself. That would be my opinion.

**Mme Picard (Drummond):** Bonjour.

**Mme Dumont-Smith:** Bonjour.

**Mme Picard:** Parmi les mesures qui ont été prises pour améliorer les facteurs économiques, sociaux et politiques qui sont à l'origine du problème de santé des autochtones, est-ce que certaines d'entre elles ont été particulièrement efficaces pour améliorer la santé des autochtones?

**Ms Dumont-Smith:** I can speak from the woman's perspective. The programs that are in place about economic development for aboriginal women are not really responding to the needs. That's why EDCAW was formed, and I'm a member of that. That's the Economic Development for Canadian Aboriginal Women, which was formed about four years ago, because they felt that the economic development initiative by the federal government did not meet the particular needs of aboriginal women. It was mostly the male aboriginal population that was accessing the funds to start businesses. I don't know if I'm answering your question, but—

**Mme Picard:** Merci.

**Ms Bridgman (Surrey North):** Thank you for coming. I just have a couple of questions. Can one elaborate on the meaning of what is meant, when we read the literature, by "traditional healing practices"? I see those words a lot, and I'm wondering if that was sort of disease-oriented, curing after a disease arrived.

[Translation]

d'autochtones à l'endroit des organismes, des chercheurs ou des politiciennes et politiciens de l'extérieur qui viennent les étudier, parce qu'ils ont l'impression qu'on les a déjà étudiés à n'en plus finir. Ils sont sensibles aux types de méthodes employées.

**Le président:** Bernard

**Mr. Patry (Pierrefonds—Dollard):** Thank you very much, Mr. Chairman.

Vous avez cité dans votre discours des facteurs importants qui ont une incidence sur la santé physique et mentale globale des autochtones. Si notre Comité devait mettre l'accent sur un ou deux facteurs déterminants de la santé afin d'essayer d'améliorer la situation, que pensez-vous que nous devrions faire? Sur quoi devrions-nous faire porter nos recherches?

**Mme Dumont-Smith:** Je suis active dans le secteur de la santé depuis maintenant 20 ans, et je viens d'une communauté autochtone située à environ 90 milles d'ici. Elle est très dynamique. Elle s'appelle Maniwaki. Cependant, je constate que dans beaucoup d'endroits, le problème tient à l'apathie des gens. Il y a la pauvreté et le chômage, et je crois que tout cela a une incidence sur la santé mentale. Les gens n'ont pas de travail, ils n'ont aucune raison de se lever le matin ou de faire quoi que ce soit. Ils sont inscrits à l'assistance sociale. Tout cela finit par s'accumuler et par affecter la santé mentale et, quand c'est le cas, la santé physique est affectée elle aussi. Et les enfants également.

Je pense qu'il faut essayer de créer des emplois sur place, donner plus d'information, cela dépendra des endroits. C'est aux intéressés de dire ce qu'ils veulent faire, parce que chaque collectivité est différente. Voilà ce que j'en pense.

**Mrs. Picard (Drummond):** Good morning.

**Mrs. Dumont-Smith:** Good morning.

**Mrs. Picard:** Among the steps that have been taken to upgrade the economic, social and political factors that lie at the root of the aboriginals' health problems, have some of them been especially effective at improving the health of aboriginals?

**Mme Dumont-Smith:** Je peux vous donner le point de vue des femmes. Les programmes actuels destinés au développement économique des femmes autochtones ne répondent pas véritablement aux besoins. C'est ce qui est à l'origine de l'IDEFAC, dont je suis membre. L'initiative de développement économique des femmes autochtones du Canada a été créée il y a environ quatre ans parce que les femmes autochtones avaient l'impression que les initiatives de développement économique du gouvernement fédéral ne répondaient pas à leurs besoins particuliers. C'était surtout les hommes autochtones qui avaient recours à ces fonds pour créer des entreprises. Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question, mais...

**Mrs. Picard:** Thank you.

**Mme Bridgman (Surrey—Nord):** Merci d'être venues. Je n'ai que deux questions. Pouvez-vous nous donner plus de détails sur ce que sont les "pratiques traditionnelles de guérison" dont il est question dans diverses publications? On rencontre souvent cette expression, et je me demande si c'est une sorte de thérapie centrée sur la maladie et qui se fait lorsque celle-ci s'est déclarée.



## [Texte]

The second question I have relates to access—I'm thinking of urban areas now—to, say, acute health care, emergency departments, and hospitals. That kind of thing is available, but my understanding is there's a weakness in getting information on primary health care services that are available. I'm going back to what someone said here about more preventive... that if you cut yourself or break your arm, you go to the hospital, but there are these primary health care services that we already have in some places. If not, the message is not getting through to the aboriginal people. Could you just expand on both of those?

**Ms Dumont-Smith:** I'll answer your second question. It's true that aboriginal people who live off reserve don't access the services that are in the cities or in the towns, and that's why the Anishnawbe Health Centre in Toronto, which started a few years ago, is very successful. It addresses all these needs. It encourages the aboriginal population to come to the centre for primary health care. There they get health education, so there's disease prevention and health promotion. It's very successful. I do believe that very soon they will be doing a study to perhaps open such a centre in the city of Ottawa. So I think we're moving in the right direction there.

• 0930

As to traditional healing and medicine, it's very, very complex and differs from nation to nation. However, traditional healing looks at the whole entity of a person. It doesn't only heal the physical. It will look at the environment and the person's familial and psychological health as well. It's usually done by a person who is not a medical doctor but has had training from generation to generation and who heals people. Sometimes it is just counselling, sometimes it is the use of traditional medicines, and sometimes it's by establishing support groups and healing circles. So it is very complex, it's very different, but it is very effective.

Places like the Anishnawbe Health Centre in Toronto do have that component built in as well—the modern, the western, and the traditional. It is in places like Wikwemikong, Ontario, as well. So a lot of places are fitting in the two to address the needs of their aboriginal clients.

**Mr. Jackson (Bruce—Grey):** Welcome, Claudette and Amy. It's a pleasure to listen to your concerns today.

I'm not sure which one of you wants to answer this question. Claudette, you said your community was doing extremely well and I was wondering if some of the ideas you've tried are transferable. Do all the native groups operate differently? I think you partially answered that question earlier when you said that each native area does not necessarily use the same approach. I'm wondering if there are places where you've had techniques that worked. . .

## [Traduction]

Ma deuxième question porte sur l'accès—je parle maintenant des zones urbaines—aux soins intensifs, aux services d'urgence et aux hôpitaux. Ce genre de chose existe mais, à ma connaissance, il est parfois difficile d'être bien informé sur les soins primaires disponibles. Je reviens à ce que quelqu'un disait à propos d'une amélioration de la prévention... si on se coupe ou qu'on se casse un bras, on va à l'hôpital, mais ce genre de service de soins primaires existe déjà à certains endroits. Il semble que les autochtones ne soient pas toujours bien informés. Pouvez-vous répondre sur ces deux points?

**Mme Dumont-Smith:** Je vais répondre à votre deuxième question. Il est vrai que les autochtones vivant hors des réserves n'utilisent pas les services qui existent dans les villes, et c'est ce qui explique le grand succès rencontré par l'Anishnawbe Health Centre de Toronto, qui existe depuis quelques années. Il répond à tous ces besoins-là. On encourage la population autochtone à aller recevoir les soins primaires au centre. Là, on les sensibilise aux problèmes de santé, si bien qu'on fait de la prévention et qu'on assure la promotion de la santé. Cela marche très bien. Je crois qu'il va très bientôt y avoir une étude prévoyant l'ouverture éventuelle d'un centre à Ottawa. Nous croyons que nous sommes sur la bonne voie de ce côté-là.

En ce qui concerne la médecine et les soins traditionnels, c'est quelque chose de très complexe et ça varie d'une nation à l'autre. Quoi qu'il en soit, les soins traditionnels prennent en compte tout ce qui constitue une personne. On ne guérit pas seulement le côté physique. On examine le milieu ambiant de la personne et sa santé familiale et psychologique. Ceux qui le font en général ne sont pas des médecins mais ils ont reçu une formation transmise de génération en génération et ils savent guérir les gens. Tantôt, c'est un simple entretien, tantôt on utilise les remèdes traditionnels, et tantôt on crée des groupes de soutien et des cercles de vie. C'est donc très complexe, très varié, mais très efficace.

Des endroits comme Anichnawbe Health Centre à Toronto comportent également cette composante—they ont la médecine moderne occidentale et la traditionnelle. C'est également le cas par exemple à Wikwewikong, en Ontario. Il y a donc beaucoup d'endroits où l'on combine les deux pour répondre aux besoins des patients autochtones.

**M. Jackson (Bruce—Grey):** Bienvenue, Claudette et Any. Je vous ai écoutées parler de vos problèmes avec beaucoup d'intérêt.

Je ne sais pas laquelle d'entre vous voudrait répondre à cette question. Claudette, vous avez dit que votre communauté s'en tirait très bien et je me demandais si certaines des idées que vous avez essayées sont transférables. Les groupes autochtones fonctionnent-ils tous de manière différente? Je crois que vous avez déjà partiellement répondu à cette question en disant qu'on n'utilise pas nécessairement la même méthode dans toutes les régions autochtones. Je me demande s'il y a des endroits où vous avez eu des techniques qui ont donné de bons résultats. . .

[Text]

I must say that for all races throughout the Canadian population it's very problematic for young people growing up in this society now. We have to find ways to make sure that their lives are meaningful and that they in fact grow up in a way that is less destructive than the suicides we're having. There are suicides in the white population as well.

I'm wondering whether you have any techniques that have worked. You said that in your particular area you might well have a community that works quite well and has economic development and this type of thing. I was wondering if that was transferable and how you see this working across the country.

**Ms Dumont-Smith:** First, I want to make it clear that my community is progressive but it's not doing extremely well. There is still a very high rate of unemployment and disease.

Several years ago the medical services branch of Health Canada, which was responsible for the provision of health services to aboriginal communities, initiated the health transfer initiative. My community, Maniwaki, was one that applied to administer the health service delivery in the community. So they took over that administrative duty. By so doing, they now have more nurses working in the community. When I was there, there was only myself. Now they have three nurses and two visiting physicians.

So things are slowly improving in that area because they've taken over that control. It's not from Ottawa to the region to the community. It's Ottawa to the region and the region administers it. So I think that's again a move in the right direction. The people are the ones who decide what their needs are. They assess their community, decide what the community needs are, develop a community health plan from that, and then they administer it.

It hasn't been evaluated yet because I think it has only been in place for four years. I think, though, that the evaluation will be somewhat more positive than it was when the government was solely responsible for the provision of health care.

• 0935

I think I'll let Amy speak about what happened in Big Cove, in her community. The community took over the provision of care when there were quite a few suicides in that community. I think you'll get a handle on what you want to discuss.

**Ms Angeconeb:** I'm from the Big Cove First Nations in New Brunswick. There are approximately 2,100 people living in my community. Within 10 months there were 10 suicides and nine of these suicides were young males, ages from 16 to . . . I think the oldest was 37.

The way we dealt with it as a community was that the community became more involved. This included the police, the teachers, the priests, everyone. The whole community shut down for a week and started a healing process amongst themselves. They invited different elders and people to come in to talk to them. They hired psychologists and psychiatrists to come to the reserve and speak to the families. I found after that week there were more smiling faces. I think if they hadn't done that, it

[Translation]

Je dois dire que, dans l'ensemble de la population canadienne, quelle que soit leur race, les jeunes qui grandissent dans la société actuelle rencontrent bien des problèmes. Nous devons essayer de trouver moyen de donner un sens à leur vie pour qu'ils grandissent sans cette mentalité destructrice qui se traduit par les suicides que l'on connaît. Il y a également des suicides dans la population blanche.

Je me demande si vous connaissez des techniques qui ont bien marché. Vous avez dit que, chez vous, tout pouvait marcher très bien, avec un bon développement économique, etc. Je me demandais si c'était transférable et comment vous pensez que cela pourrait s'appliquer dans l'ensemble du pays.

**Mme Dumont-Smith:** D'abord, il faut que l'on comprenne bien que la communauté est dynamique mais elle ne s'en tire pas très bien. Le taux de chômage et de maladie reste très élevé.

Il y a plusieurs années, la direction générale des services médicaux de Santé Canada, qui était chargée de fournir les services de santé aux autochtones, a lancé l'initiative de transfert des soins de santé. Chez nous, à Maniwaki, nous avons demandé à administrer la fourniture locale de services de santé et nous avons pris en main cette tâche administrative. Grâce à cela, il y a maintenant plus d'infirmières qui travaillent sur place. Lorsque j'y étais, j'étais la seule. Maintenant il y en a trois et deux médecins, mais qui ne sont pas à demeure.

La situation s'améliore donc progressivement dans cette région parce que la population locale en a pris le contrôle. Ça ne part pas d'Ottawa pour passer à la région puis à la communauté locale. Cela va d'Ottawa à la région et c'est celle-ci qui s'occupe de l'administration. Cela me paraît un autre pas dans la bonne direction. Ce sont les intéressés qui y déterminent leurs besoins. Ils évaluent la situation locale, ils déterminent leurs besoins, ils mettent au point à partir de là un plan de santé communautaire et ensuite ils l'administrent.

Ce système n'a pas encore été évalué parce que je crois qu'il n'est en place que depuis quatre ans. Je pense cependant que l'évaluation sera un peu plus positive que lorsque les soins de santé étaient placés entièrement sous la responsabilité du gouvernement.

Je vais plutôt laisser Amy vous raconter ce qui s'est passé à Big Cove, dans sa communauté. Les gens ont pris en charge les services de soins quand il y a eu un certain nombre de suicides. Je crois que vous allez mieux comprendre ce dont vous voulez discuter.

**Mme Angeconeb:** Je suis membre des Premières nations de Big Cove au Nouveau-Brunswick. Environ 2 100 personnes y vivent. En l'espace de 10 mois, il y a eu 10 suicides et 9 des victimes étaient des jeunes hommes de 16 à . . . Le plus vieux avait 37 ans, si je ne m'abuse.

Pour faire face à ce problème, les gens ont décidé de prendre les choses en main. Tout le monde, y compris les policiers, les enseignants, les prêtres, bref tous ont pris le temps, pendant une semaine, d'entamer un processus de grérison. On a invité divers aînés et d'autres personnes à venir les rencontrer. On a engagé des psychologues et des psychiatres qui sont venus dans la réserve pour parler aux familles. Au bout d'une semaine, il y avait beaucoup plus de visages souriants. Sans une



[Texte]

would have been really sombre in the community. That's one approach that I know was helpful, and that was a community-based approach.

**Mr. Jackson:** I think what I'm hearing is that the community knows best, that these programs should be community driven. Once we find out what the needs are from the communities, they would expect that we empower them to do that. That would be one approach. Thank you.

**Mrs. Ur (Lambton—Middlesex):** I too thank you for your presentation. I'm perhaps one of the more fortunate people. We have a teaching clinic in my riding and they are closely related to one of the reserves in my riding. It's been a fairly positive reaction between the native and non-native people. We have native and non-native people working in the clinic — doctors, nurses — and it's functioning fairly well.

You were saying that it's a real cultural shock to take these ill people out of their familiar setting, away from their families. I believe there are 600 bands across Canada. With regard to providing facilities, what would your suggestion be? Should there be satellite health centres, or how would you address that?

**Ms Dumont-Smith:** First of all, that applies to the most northern regions of Canada, in the remote areas where they have to come many miles south for health care. I think the Native Women's Association of Canada is supporting the establishment of the healing centres maybe 100 miles or so from each community in Canada. We believe this would benefit the clients a great deal, because although they still would be a distance away, we are hoping the health centres would be manned by aboriginal professionals. If not, then there would be visiting specialists who would fly in, but the staff would be predominantly aboriginal.

**Mrs. Ur:** You would have a problem with non-native and natives working together then. You basically would want native people manning these health facilities then?

**Ms Dumont-Smith:** No, I believe we have to rely on the non-aboriginal professional as well. If you see more aboriginal people in the centre, then I think the aboriginal person from up north would feel more comfortable. This would be better than an aboriginal person coming to an urban area and seeing just non-aboriginal people. You're sick, you're alone, you have no family members, you have no money to bring your family members to stay in a hotel or a bed and breakfast, to be with you when you're sick. This is very traumatic, especially for the aboriginal elder population. That's the point of view... It came out as well in the report of the Canadian Panel on Violence Against Women, about transitional home or healing centres being close enough to the communities so that they could have their family support within... We know they may be some distance, but not 500, 600 or 700 miles away.

● 0940

[Traduction]

telle initiative, la tristesse aurait été palpable chez les gens. Voilà une solution communautaire qui a été utile.

**M. Jackson:** J'en conclus que c'est la communauté qui est la mieux placée pour faire quelque chose et que les programmes devraient en tenir compte. Une fois que les gens nous ont fait part de leurs besoins, il faut leur donner la possibilité de se prendre en charge. Ce serait effectivement une solution. Je vous remercie.

**Mme Ur (Lambton—Middlesex):** Je vous remercie de cet exposé. Je suis parmi ceux qui ont de la chance. Dans ma circonscription, il y a une clinique médicale universitaire qui entretient des liens étroits avec l'une des réserves. Les médecins et infirmières, autochtones et non autochtones, travaillent très bien tous ensemble.

Vous dites que les malades qui doivent quitter leur famille et leur cadre habituel vivent un véritable choc culturel. Je crois qu'il y a 600 bandes dans tout le Canada. Selon vous, comment faudrait-il organiser les centres hospitaliers? Devrait-il y avoir des cliniques satellites? Que suggérez-vous?

**Mme Dumont-Smith:** Tout d'abord, cette réflexion s'appliquait aux habitants des régions les plus septentrionales du Canada où les habitants, très isolés, doivent parcourir des milles vers le sud pour se faire soigner. L'Association des femmes autochtones du Canada favorise l'installation de centres de guérison qui ne se trouvent jamais à plus de 100 milles des localités qu'ils desservent. Cette formule profiterait énormément aux clients car, même s'ils seraient éloignés de chez eux, ils seraient soignés, espérons-le, par des professionnels autochtones. Si c'était impossible, il faudrait faire venir périodiquement des spécialistes, mais au moins le personnel administratif pourrait être majoritairement autochtone.

**Mme Ur:** Vous verriez des inconvénients à ce qu'autochtones et non autochtones travaillent ensemble. Vous préféreriez que des autochtones administrent ces services de santé?

**Mme Dumont-Smith:** Non, je crois qu'il faut aussi faire appel à des professionnels non autochtones. Mais s'il y avait plus d'autochtones à la clinique, le patient autochtone qui vient du Grand Nord s'y sentirait plus à l'aise. Ce serait certainement mieux que de se retrouver en ville, entouré de non autochtones. Quand on est malade et qu'on se retrouve tout seul sans famille, trop pauvre pour payer l'hôtel à un parent qui vous accompagnerait, c'est vraiment traumatisant, surtout pour les personnes âgées. C'est l'opinion... Dans son rapport, le Comité canadien sur la violence faite aux femmes mentionnait ce problème des maisons de transition ou des centres de guérison qui ne sont pas assez proches des localités desservies pour que les clients puissent se faire épauler par leur famille. Dans certains cas, les gens sont à 500, 600 ou 700 milles de chez eux.

**The Chairman:** Grant has the final say.

**Mr. Hill (MacLeod):** Thank you for appearing and being so eloquent in your presentation.

**Le président:** Grant va avoir le dernier mot.

**M. Hill (MacLeod):** Je veux vous remercier d'être venues nous présenter un exposé aussi éloquent.

## [Text]

I'd like to talk about a very practical matter. Claudette, you approached this.

In my own communities at home, if 10 MPs and clerical staff and research staff came flying in on the great silver bird to study the reserves, the reaction would be universally negative. There would be no interchange, except maybe for MPs who had never been on a reserve to say that the reserve conditions are atrocious.

Do you agree with me that that kind of approach to looking at native health issues is no good?

**Ms Dumont-Smith:** I agree.

**Mr. Hill:** Then how would you have this group of MPs, who are keenly interested in this issue, become sensitive to the conditions of native people without this huge waste of money and time? Could you be practical about guidance for us so we won't do this traditional member of Parliament nonsense?

**Ms Dumont-Smith:** The big word in research now is "participatory". You have to involve the people from the outset. Either you go with the aboriginal national organizations or you go with the community itself. Otherwise, it's just not going to work. It's not going to fly. It's not going to be accepted.

That is the position of the Native Women's Association as well: that in any planning of any study they should be involved from the outset and throughout the process. They will guide the members of Parliament or the committee on how best to approach communities or aboriginal groups living in urban areas or wherever. But it has to be fully participatory or it won't work. That has been proven over and over again.

**The Chairman:** Amy and Claudette, I thank you on behalf of the committee for an interesting half-hour or so. We hope this is just the beginning of a beautiful relationship. We hope to be able to consult with you as we move through the process. You've been most helpful this morning.

• 0945

We now welcome representatives from the Congress of Aboriginal Peoples.

We're very glad to have you.

Darliea, maybe you would be kind enough to introduce your people.

**Ms Darliea Dorey (Vice-President, Congress of Aboriginal Peoples):** With me are Diana Jardine, the director of our justice consulate, and Dan Ryan, our executive director.

I'd like to thank the standing committee for asking us to be here to discuss some of the health issues we have. As an introduction, I'd like to go over some things on our organization.

As many of you are aware, the Congress of Aboriginal Peoples is a national organization representing the interests of approximately 750,000 unregistered, off-reserve Indian and Métis constituents in Canada. Its executive council is comprised of 14 affiliate organizations from the ten provinces and territories in Canada.

## [Translation]

J'aimerais aborder un sujet très pratique. Claudette, vous l'avez effleuré.

Chez nous, si 10 députés accompagnés de leurs recherchistes et de leur personnel de soutien s'amenait dans leur grand oiseau d'argent pour étudier les réserves, ils frapperaient un mur. On n'y gagnerait rien, sauf peut-être les députés qui, mettant les pieds dans une réserve pour la première fois, déclareraient que les conditions de vie y sont terribles.

Trouvez-vous comme moi que ce n'est pas une façon d'étudier la santé des autochtones?

**Mme Dumont-Smith:** Vous avez raison.

**M. Hill:** Comment alors sensibiliser ce groupe de députés, passionnés par la question, aux conditions de vie des autochtones sans gaspiller tout cet argent et sans perdre leur temps? Pouvez-vous nous faire des suggestions pratiques pour remplacer ces solutions absurdes qu'adoptent traditionnellement les députés?

**Mme Dumont-Smith:** Le mot à la mode en ce moment en recherche c'est «participation». Il faut faire participer les gens dès le départ. Soit vous faites appel aux organisations nationales autochtones, soit vous vous adressez directement à la communauté. Autrement, ce sera un échec. Les gens ne vous accepteront pas.

C'est d'ailleurs la position de l'Association des femmes autochtones : les gens ciblés par une étude devraient être mis dans le coup dès les premières étapes de planification. Ces personnes pourront indiquer aux députés ou au comité la meilleure manière d'aborder les communautés ou les groupes autochtones qui vivent en ville ou ailleurs. Il faut la pleine participation de tout le monde, sinon vous n'arriverez à rien, comme on l'a sans cesse démontré.

**Le président:** Amy et Claudette, je désire vous remercier au nom du comité de cette demi-heure fort intéressante. Nous espérons que c'est le début d'une belle relation et que nous pourrons vous consulter à nouveau dans le cours de notre étude. Vous nous avez beaucoup aidés ce matin.

Nous accueillons maintenant des représentants du Congrès des autochtones.

Nous sommes très contents que vous soyez là.

Darliea, auriez-vous la bonté de nous présenter vos collègues?

**Mme Darliea Dorey (vice-présidente, Congrès des autochtones):** Je suis accompagnée de Diana Jardine, directrice de notre contentieux et de Dan Ryan, notre directeur exécutif.

Je veux remercier le comité permanent de nous avoir invités à venir discuter avec lui des problèmes des autochtones dans le domaine de la santé. En guise d'introduction, je vais vous dire quelques mots au sujet de notre organisation.

Comme plusieurs d'entre vous le savent déjà, le Congrès des autochtones est une organisation nationale qui représente les intérêts d'environ 750 000 Indiens non inscrits, vivant hors des réserves, et Métis du Canada. Son conseil exécutif est formé des 14 organisations affiliées dans les 10 provinces et les 2 territoires du pays.



## [Texte]

The congress was formerly known as the Native Council of Canada. The name was changed last year to reflect better the current constituency and mandate of the council.

The mandate of the Congress of Aboriginal Peoples is to seek to represent the collective and individual interests of its unregistered and off-reserve Indian and Métis constituencies. The congress works to achieve equity for its constituencies, regardless of residence or status, to the aboriginal and treaty rights conferred under section 35 of the Constitution Act, 1982, as well as to the rights conferred under the Canadian Charter of Rights and Freedoms.

We received the letter of invitation to come before the standing committee on health and we basically went over some of the questions that were brought up for us to elaborate on here. I'll be quite honest with the standing committee. In going over some of the questions, I was quite annoyed, especially when you're asked to identify the most significant health problem one might have.

With the many studies that have taken place in the past years on aboriginal health, it has been proven over and over, especially with the whole social policy review being part of that process that has now taken place. Documentation has stated that aboriginal people are the poorest of the poor. We have been subjected to high proportions of suicide, unemployment, people on the street prostituting, and just the ill health that we have in the communities.

The other thing I might point out at this time is that when you're making reference to first nations people, you are generally referring to people who live on reserves. Our constituencies live off the reserves. Therefore, any health initiatives that might be taken with the first nations people leave us out. We're not a party to those sorts of agreements, because it's basically reserve-run and only people on the reserve have access to those programs.

We didn't get into bringing forth presentations on any of the questions in a format, because we felt we weren't prepared to deal with those questions at this time and that at some later date we will have the opportunity to discuss all of our health needs in a broader context.

Because of the number of studies that have taken place over the years, I'd like to bring to your attention that there was a draft on April 13, 1993—the Federal/Provincial/Territorial/National Aboriginal Organizations Working Group on Aboriginal Health. This report went to the conference of deputy ministers of health in June 1993. The documentation that had been completed here and went before the committee contained one of the items that had been discussed in this study.

● 0950

It is very important to us and I think the past presenters touched on it. It said:

Aboriginal societies have different traditions and approaches to health and healing that must be respected. Aboriginal healing is a way of life rather than a segregated or specialized activity. These traditions emphasize the multi-dimensional nature of people as physical, mental, emotional and spiritual beings must be recognized in aboriginal health development.

## [Traduction]

Le congrès s'appelait autrefois le Conseil national des autochtones du Canada. On a changé son nom l'an dernier afin de mieux refléter sa composition et son mandat.

Le Congrès des autochtones a pour mandat de représenter les intérêts collectifs et individuels des Indiens non inscrits, vivant hors réserve, et des Métis. Il a pour but d'obtenir l'équité pour ses membres, c'est-à-dire pour que ceux-ci, quel que soit leur lieu de résidence ou leur statut, puissent jouir des droits ancestraux et issus de traités conférés par l'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982, ainsi que des droits reconnus par la Charte canadienne des droits et libertés.

Lorsque nous avons reçu la lettre du Comité permanent de la santé nous invitant à comparaître, nous nous sommes penchés sur les questions qu'on nous demandait d'aborder ici. Pour être franche, j'avoue que certaines des questions m'ont agacée, surtout celles où l'on nous demande de nommer notre plus important problème de santé.

Étant donné les nombreuses études menées depuis quelques années sur la santé des autochtones, on connaît parfaitement ce problème, surtout avec l'examen de la politique sociale qui est l'un des éléments du processus actuel. Toute la documentation indique que les autochtones sont les plus pauvres d'entre les pauvres. Leurs taux de suicide, de chômage, de prostitution et de mauvaise santé sont très élevés.

Je préciserai que, lorsque vous parlez des Premières Nations, vous faites généralement allusion aux autochtones qui vivent dans les réserves. Nos membres n'y vivent pas. Par conséquent, aucune des mesures prises à l'intention des Premières nations ne s'applique à nous. Nous ne sommes pas partie à ces ententes qui sont habituellement administrées par les réserves pour ceux qui y vivent.

Si nous n'avons pas préparé de réponse formelle aux questions que vous nous avez posées, c'est parce que nous n'étions pas prêts à le faire maintenant. Peut-être que plus tard nous aurons la possibilité de discuter de nos besoins en la matière dans un contexte plus vaste.

Étant donné le nombre d'études effectuées depuis des années, je veux vous signaler l'ébauche datée du 13 avril 1993—le Groupe de travail sur la santé des autochtones, des organisations autochtones, fédérales, provinciales, territoriales et nationales. Ce rapport a été présenté à la conférence des sous-ministres de la Santé en juin 1993. Tous les documents qui avaient été rassemblés et présentés au comité renfermaient l'une des questions abordées lors de l'étude.

Pour nous, c'est très important et je crois que ceux qui m'ont précédée l'ont abordée. Voici ce qu'on dit:

Les sociétés autochtones ont, dans le domaine de la santé et de la guérison, des traditions différentes qu'il faut respecter. Pour les autochtones, la guérison est un mode de vie, non pas une activité particulière, distincte du reste. Toute politique de santé pour les autochtones doit tenir compte de ces traditions qui insistent sur la nature multidimensionnelle des êtres, une nature à la fois physique, mentale, affective et spirituelle.

## [Text]

The reason I'm a very strong promoter of the whole traditional aspect of healing is because I'm a traditional person. I do attend sweats. I do attend talking circles. I do know how those traditional ways can help people relieve themselves of sexual abuse, of the mental, emotional problems they're having, and I've seen people for the first time identify within themselves specific problems they may have been carrying for the past 40 or 45 years that have contributed to acting out within the community, or contributed to their problems with the whole justice system.

Once you start dealing with your emotions that you've kept buried, whether it be sexual abuse, alcohol or drug abuse, whatever, and finally start releasing that, it's therapeutic. It's the same as going to a psychiatrist or to someone who's within the mental health field and wants you to start dealing with your problems.

I've been into sweats where we've had people, especially women, who for the first time broke down and admitted to the rest of us there that they had been carrying with them the whole burden of sexual abuse that had happened to them in their childhood. So when people start releasing their hurts, people will start dealing with them.

The other thing I'd like to mention, too, is that when you're talking about the whole aboriginal health priorities national strategy, we want to be able to remind the standing committee that there is a large constituency off reserve. Statistics will show that due to economic reasons there are more people moving off reserve. We have approximately 750,000. Because people do want to find employment, people do want to come off the reserves for educational reasons, that population is growing.

Therefore, I can't really speak about health programs or initiatives that might take place on reserve, but there's a definite need for our needs to be addressed off reserve.

Under a news release that came out September 26, 1994, it stated that there was a national strategy to deal with urgent health priorities of first nations and Inuit. I've read that and there was nothing in it that I could find that would deal with the off-reserve population. So that's a real problem for us.

There is another thing I might quote also. The Ontario government also came out with a news release and a communiqué. I'm not going to go through all the communiqué because all of these documents are available for people who might want to seek them out. The news communiqué that came out from the Ontario government was under *Aboriginal healing and wellness strategy tackles health and social issues in native communities*:

"Partnership is the cornerstone of the strategy," said Bud Wildman, Minister Responsible for Native Affairs. We are working with Aboriginal people to find new ways of dealing with immediate crises as well as the long term goal of rebuilding families and restoring health. These are vital to improving quality of life and to building strong, self-sufficient communities, that will lay the groundwork for self-government.

As the Congress of Aboriginal Peoples, we are definitely talking about self-government throughout our constituencies and dealing with all of the issues that affect our people living off reserve.

## [Translation]

Si j'insiste tant sur l'aspect traditionnel de la guérison, c'est parce que je suis traditionaliste. Je vais à la suerie et au cercle de la parole. Je sais à quel point ces méthodes traditionnelles peuvent aider les gens à se débarrasser de l'abus sexuel, des problèmes mentaux et affectifs qu'ils ont. J'ai vu des gens arriver pour la première fois à mettre le doigt sur les problèmes qu'ils avaient depuis 40 ou 45 ans et qui avaient contribué à leurs difficultés de comportement et aux démêlés qu'ils avaient eu avec la justice.

Quand on commence à confronter des émotions qui sont restées enfouies pendant longtemps, que ce soit l'abus sexuel, l'alcoolisme ou la toxicomanie, quand on commence à en parler, cela fait du bien. C'est comme aller chez le psychiatre ou chez un autre spécialiste de la santé mentale qui vous amène à faire face à vos problèmes.

À certaines sueries, j'ai vu des gens, surtout des femmes, qui admettaient pour la première fois devant les autres qu'elles dissimulaient depuis l'enfance les abus sexuels dont elles avaient été victimes. Quand les gens commencent à reconnaître leurs blessures, ils peuvent entreprendre leur guérison.

Vous parlez d'une stratégie nationale établissant des priorités pour la santé des autochtones. Nous voulons rappeler au comité permanent qu'un grand nombre d'autochtones ne vivent pas dans des réserves. Selon les statistiques, de plus en plus de gens quittent les réserves pour des raisons économiques. Ils sont à peu près 750 000 et leur nombre grossit parce que les autochtones veulent trouver du travail ou s'instruire et qu'ils doivent aller à l'extérieur des réserves.

Je ne peux donc pas vous entretenir des programmes de santé qu'il faudrait mettre sur pied dans les réserves, mais il faut absolument répondre à nos besoins en dehors des réserves.

D'après un communiqué de presse du 26 septembre 1994, une stratégie nationale s'occupera des priorités vraiment urgentes en ce qui concerne la santé des Premières nations et des Inuit. J'ai lu le document et je n'ai rien trouvé pour la population autochtone en dehors des réserves. C'est vraiment un problème.

Il y a aussi le gouvernement de l'Ontario qui a émis un communiqué de presse. Je ne vais pas vous énumérer tous ces communiqués puisqu'ils sont publics et quiconque s'en donne la peine peut se les procurer. Le communiqué de presse émis par le gouvernement ontarien annonçait ce qui suit: *La stratégie sur le bien-être et la guérison des autochtones s'attaque aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux dans les localités autochtones*:

«Le partenariat est la pierre angulaire de la stratégie», dit Bud Wildman, ministre responsable des Affaires autochtones. Nous travaillons avec les autochtones afin de trouver de nouvelles manières de régler les crises pressantes et d'atteindre les objectifs à long terme que sont la reconstitution des familles et le rétablissement de la santé. C'est essentiel si l'on veut améliorer la qualité de vie et bâtir des communautés fortes et autonomes qui vont jeter les bases de l'autonomie gouvernementale.

Au Congrès des peuples autochtones, tous nos membres parlent d'autonomie gouvernementale et cherchent à régler tous les problèmes qui frappent les autochtones vivant hors réserve.



## [Texte]

Again, some might say that if you're off reserve you have all of the provincial mental health clinics and that sort of thing to attend to, all the other services, but, again, a large proportion of our people are coming off the reserves and they still have that whole identity problem of going into a centre and finding people they can be comfortable with.

## [Traduction]

D'aucuns pourraient dire qu'une fois sortis de la réserve, nous sommes admissibles aux services provinciaux de santé mentale et à tous les autres services, mais je rappelle qu'une grande proportion de ceux qui quittent les réserves ont du mal à s'identifier à ceux qui travaillent dans ces centres et à trouver des gens avec lesquels ils se sentent à l'aise.

• 0955

Again, I will resort to going back to a little bit of Nova Scotia, where I'm a Micmac person under the treaty of 1752; to my past experience working in drug and alcohol fields and being called in the middle of the evening to help women escape from homes because they were being held there against their will; being called in the middle of the night and helping people who attempted suicide; and knowing of cases where women on the reserve have attempted suicide as high as seven and eight times and were taken to the community hospital.

I've tried to implement a mental health program in Nova Scotia that would be directed to aboriginal people. It doesn't necessarily have to be on the small reserves, but it can be in the community, so that when you have particular problems you can go into that community mental health clinic and you can see an aboriginal person who has the expertise to deal with your problem. But that wasn't available to us. The attitude is, well, it's just another Indian. That is the attitude that a lot of the aboriginal people feel from the community when it deals with them, "Well, she's attempted suicide seven or eight times. It's just her again. Let's pump her stomach, and out the door she goes."

There's an attitudinal problem out there that we have to deal with living off reserve. You still have people today, and especially last month, coming to you and telling you how a particular hospital dealt with this individual when he had broken his leg severely in a baseball accident. When they went to the hospital in that community they had to reset his leg and transport him to Halifax, to the VG, because it was such a serious break, without giving him as much as anything for pain. The surgeon was really quite appalled to think that they had done this without giving him anything for pain, and I said as far as I'm concerned this is another example of "You're just another Indian".

There's an attitudinal problem, and I guess our own community has that problem when it comes to non-aboriginal people trying to tell us what is best for us. I couldn't help but hear one of the questions when you talked about this committee going out. Aboriginal people have the view of people coming in and looking at what their needs might be... we know what our best approaches should be for our needs. I think the whole philosophy behind that is, yes, well, you've got somebody else researching you again; someone else is going to put something in place that you feel is best for you. But we have had no involvement in that whole process, and it's become very important, because if we don't have involvement in it, people are not that willing to accept it. I think, too, that by showing there are more aboriginal people involved in that whole process it would give more credence to what you're doing.

Retournons un instant en Nouvelle-Écosse, où je suis une Micmac qui est partie au Traité de 1752. J'ai travaillé avec des toxicomanes et des alcooliques; des femmes m'appellent dans le milieu de la soirée pour que je les aide à s'enfuir de la maison où elles sont retenues contre leur volonté. On m'appelle en pleine nuit pour que j'aide des gens qui ont tenté de se suicider. Je connais des femmes dans la réserve qui ont déjà fait 7 ou 8 tentatives de suicide et qui, chaque fois, ont été amenées à l'hôpital local.

J'ai tenté de mettre en oeuvre, en Nouvelle-Écosse, un programme de santé mentale visant les autochtones. Il n'est pas nécessaire de s'installer dans toutes les petites réserves. Il suffit d'avoir une clinique communautaire de santé mentale où ceux qui ont des problèmes particuliers pourront trouver un autochtone qui est capable de les aider. Nous n'avions pas de service. On nous voyait arriver et on se disait que ce n'était qu'un indien. Énormément d'autochtones sentent cette mentalité chez ceux qui sont censés s'occuper d'eux. «Encore elle! C'est sa septième ou huitième tentative de suicide. Faisons-lui un lavage d'estomac pour qu'elle puisse repartir.»

Les autochtones qui vivent en dehors des réserves sont confrontés à ce genre d'attitude. Encore aujourd'hui, cela peut se produire. Le mois dernier, on m'a raconté ce qui était arrivé dans un certain hôpital à quelqu'un qui avait subi une vilaine fracture de la jambe en jouant au baseball. À l'hôpital local, on a replacé sa jambe puis on l'a envoyé à l'hôpital à Halifax parce que c'était trop grave sans lui donner des analgésiques. Le chirurgien qui l'a reçu était consterné qu'on lui ait fait tout cela sans rien lui donner contre la douleur. Selon moi, ce n'était qu'une autre manifestation de l'attitude «ce n'est qu'un indien».

C'est un problème que nous avons nous-mêmes puisque nous réagissons quand des non-autochtones estiment savoir ce qui est le mieux pour nous. Je n'ai pu m'empêcher d'entendre l'une des questions au sujet des voyages du Comité. Les autochtones ont une certaine opinion de ceux qui viennent les observer pour analyser leurs besoins... nous savons ce qui convient le mieux à nos besoins. Les autochtones commencent à avoir l'habitude des gens qui viennent les étudier et qui proposent les mesures qui leur paraissent les plus indiquées. On ne nous consulte jamais, pourtant notre participation est devenue indispensable, sinon les gens n'accepteront pas les solutions proposées. Si un plus grand nombre d'autochtones participait à ces études, elles auraient plus de crédibilité.

## [Text]

We're talking about aboriginal health strategy and you're talking about first nations, but when I look at that you're only looking at on-reserve first nations people. You're not looking at the whole off-reserve aspect and how any health changes do definitely affect our people.

The other thing I'd like to mention is that the Congress of Aboriginal Peoples in May put forth a proposal to the government for us to exactly do that, and yet to date we have not heard one word back whether there was any consideration being given to the health proposal we had submitted to Minister Marleau. This is one initiative we want to be able to start going forward with.

Also out of the health strategy that was presented to the conference of deputy ministers of health in June 1993 there were 20 recommendations. There were structural barriers to access and effective delivery of aboriginal health services. I think identified in that were some of our problems and what barriers there were to delivering aboriginal health care effectively.

• 1000

Other than that, we wanted to draw to your attention that statistically it has always been proved that we have the highest proportion of health problems. They're still there. My philosophy is, why do another study? If we're going to do a study, let's look at putting in solutions and correcting the problem instead of researching what has already been researched. We have a massive amount of material. A massive amount of money has been spent on research on aboriginal health. But again, none of that money has been spent on looking at the whole off-reserve population, which statistically is growing and growing.

I don't have much more to comment on. We will elaborate more on a proposal, on how that might happen and bring that before the committee.

**The Chairman:** Thank you. We'll certainly look forward to hearing from you further on that. We have several speakers now—Michel, Grant, Paul, in that order.

**M. Daviault (Ahuntsic):** Bonjour madame. J'ai été un peu surpris par votre première intervention. J'ai cru comprendre que vous nous disiez que la majorité des informations dont nous avons besoin étaient disponibles dans des documents déjà existants.

Tout d'abord, je me demande si vous pourriez nous donner une liste de ces documents—là sans que nous ayons à lire des documents de commissions d'enquête. D'autre part, je voudrais savoir s'il vous serait possible de nous indiquer le chemin que vous souhaiteriez voir le Comité prendre dans le cadre de l'examen de la santé, particulièrement en ce qui concerne les autochtones qui ne sont pas dans les réserves.

**Ms Dorey:** As I mentioned in my report, we have 14 affiliates across Canada. Our organization is 25 years old and most of our affiliates are at least 20 to 25 years old. They have attempted on numerous occasions to deal with health issues off reserve. When it comes to funding any of our initiatives to identify solutions to some of the problems, the money hasn't been there.

## [Translation]

Il est question d'une stratégie pour la santé des autochtones; il est question des premières nations, mais on ne s'intéresse qu'aux premières nations habitant dans les réserves. Vous n'allez pas vous pencher sur les problèmes des autochtones en dehors des réserves ni sur les problèmes de santé qu'ils éprouvent.

Je vous signale que le Congrès des peuples autochtones a proposé au gouvernement, en mai dernier, précisément une étude sur la question. On ne nous a pas encore fait savoir si l'on allait étudier les suggestions que nous avons proposé à M<sup>me</sup> Marleau. Nous aimerions pourtant lancer cette initiative.

En outre, la stratégie sur la santé qui a été présentée à la Conférence des sous-ministres de la santé en juin 1993 comportait 20 recommandations. Il existe des barrières structurelles à l'accessibilité et à la prestation des services de santé aux autochtones. Dans le document, on précisait certains de nos problèmes et les obstacles à la prestation efficace des soins de santé.

Nous voulons également attirer votre attention sur les statistiques démontrant depuis toujours que les Autochtones ont les taux les plus élevés de problèmes de santé. Elles sont toujours disponibles. Alors, pourquoi faire une autre étude? Tant qu'à faire, il faudrait cette fois se concentrer sur les solutions et sur la manière de régler le problème au lieu de chercher à réinventer la roue. Nous avons déjà plein de documentation. On a dépensé des sommes considérables pour la recherche sur la santé des Autochtones. D'ailleurs, tout cet argent n'a jamais servi à étudier la situation des Autochtones hors réserve dont le nombre grossi sans cesse.

Je n'ai plus rien à ajouter. Nous allons rédiger des suggestions sur la manière de régler les problèmes et nous les présenterons au comité.

**Le président:** Je vous remercie. Nous allons attendre avec impatience ce document. Plusieurs députés ont demandé la parole—Michel, Grant, Paul, dans cet ordre.

**Mr. Daviault (Ahuntsic):** Good morning, madam. I was a bit taken aback by your first comment. I thought I'd heard you say that most of the information was already available in existing documents.

First of all, I wonder whether you could give us a list of those documents without having to go through various commissions' reports. Also, I would like to know if you could show us the way you think the committee should go to consider the health problems of those off-reserve aboriginal people.

**Mme Dorey:** Comme je l'ai dit dans mon exposé, nous regroupons 14 associations dans tout le Canada. Notre organisation a 25 ans et la plupart de nos affiliés ont au moins le même âge. À plusieurs reprises déjà, on a tenté de se pencher sur les problèmes de santé des Autochtones vivant à l'extérieur des réserves. Chaque fois qu'on a pu trouver des solutions à certains problèmes, on a pas réussi à trouver l'argent nécessaire pour les appliquer.



[Texte]

When you talk about dialoguing, it's generally always first nations on-reserve discussions with health initiatives. There are various new approaches, as far as I'm concerned, innovative ways to implement better health processes for people to go to off reserve. You have to look at that. You have to identify the new approaches. What are the new, innovative ways? When you walk into a mental health clinic, do you ever see any aboriginal people in there as counsellors? Again, we have to do more education in that area when it comes to dealing with mental health.

I think Canada Employment and Immigration did that quite a few years ago by ensuring there were aboriginal employment counsellors within their units. Well, that sort of aspect should be happening in some of the other areas when dealing with health. Of course, our people will feel much more comfortable when they can walk into a facility and see people dealing specifically with them.

In Nova Scotia we have an interpreters' program, where people who come from the Cape Breton area, who are very fluent in Micmac. . . When they go to the VG, the infirmary or whatever, they call the interpreter program. We have I don't know how many interpreters—three or four—who will pick the people up if they're coming in by train, plane, and interpret for them, make it comfortable for them when they're going to the hospital.

If they have to speak to a surgeon, that interpreter is there to translate for them in their own language exactly what is being discussed concerning their health. So there are various ways of dealing with certain things.

As for the information, how long it would take to compile all the documentation that has been done on health, I do not know. But I do know that a massive amount of it has been done. Today, at our level, we can't free anybody up, but if anybody wants to recommend the funding of our proposal that we put to the minister in order for us to have an individual to deal specifically with health, then we definitely can say, well, we're going to take time to document all of the research studies, all the position papers that have been done over the years, to indicate what the health problems are.

• 1005

**M. Daviault:** Il me semble que vous nous dites que le travail du Comité était pour le moins inutile, étant donné que toutes les informations nécessaires étaient disponibles dans des documents. Est-ce que c'est ce que vous pensez?

**Ms Dorey:** No, I am not saying it's not useful. I think in one sense if the research papers had been looked into, if the committee had looked at the studies that had already taken place, it might be useful to you. I say, why re-invent the wheel? Why re-invent another study? If studies over the years have gone on to say that. . . there have been studies going on looking at mental health, wellness clinics or whatever. Review some of that and ask where we can go from here. But again, most of the studies will deal with first nations on reserve health problems, and it leaves us out.

**Mr. Hill:** Your comments are straightforward and refreshing, so let me make sure every one of us understands what you've said. There have been lots of studies on aboriginal problems. Maybe your group, the off-reserve natives, have not been heard as well as the on-reserve. But would you say that there is plenty on the plate for this committee to do without starting a new study?

[Traduction]

Vous parlez de dialogue, mais les discussions ont presque toujours lieu dans les réserves avec les Premières nations. Selon moi, il existe plusieurs façons innovatrices d'améliorer les soins de santé pour les Autochtones hors réserve. Vous devriez vous y intéresser. Vous devez trouver de nouvelles formules. Quelles sont-elles? Quand vous allez dans une clinique de santé mentale, y voyez-vous beaucoup d'Autochtones comme thérapeutes? Il faut faire plus de sensibilisation dans ce domaine.

C'est ce qu'a fait Emploi et Immigration Canada il y a quelques années en embauchant des Autochtones comme conseillers en emploi. La même chose devrait se produire dans les autres domaines liés à la santé. Évidemment, les Autochtones se sentent bien plus à l'aise là où les responsables sont comme eux.

En Nouvelle-Écosse, il y a un programme d'interprète qui parlent couramment le Micmac. Quand les gens vont à l'hôpital, ou ailleurs, ils demandent un interprète. Les interprètes—il y en a trois ou quatre—vont chercher les clients à la gare ou à l'aéroport et les mettent à l'aise pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

S'ils doivent rencontrer un chirurgien, l'interprète pourra traduire dans leur propre langue tout ce que le médecin dit au sujet de leur santé. Il y a donc divers moyens de régler certains problèmes.

Quant aux renseignements que vous demandez, j'ignore combien de temps il nous faudrait pour dresser une liste de toute la documentation utile. Je sais toutefois qu'il s'est fait énormément de recherche sur la question de la santé. Personne n'est libre en ce moment pour le faire, mais si quelqu'un veut recommander que soit subventionné le projet que nous avons proposé au ministre d'avoir une personne pour s'occuper expressément de la santé, alors nous pourrions rassembler toutes les études et tous les énoncés de position présentés depuis des années au sujet des problèmes de santé.

**Mr. Daviault:** It seems to me that you are telling us that the work of the committee was rather useless, in view of the fact that all the required information was available in documents. Is that what you think?

**Mme Dorey:** Ce n'est pas ce que je dis. Si le Comité avait examiné les documents de recherche et les études déjà réalisées, cela aurait pu lui être utile. Pourquoi réinventer la roue? Pourquoi une autre étude? Au fil des ans, des études ont porté sur la santé mentale, les cliniques de mieux-être, etc. Examinez certaines de ces études et demandez-vous ce qu'il faut faire ensuite. Je répète que la plupart des études portent sur les problèmes de santé des Premières Nations dans les réserves et ne tiennent pas compte de nous.

**M. Hill:** Vos propos sont direct et rafraîchissants et c'est pourquoi je veux m'assurer que nous comprenons tous ce que vous avez dit. Les études sur les problèmes autochtones sont nombreuses. Votre groupe, celui des autochtones hors réserve, ne s'est peut-être pas fait entendre aussi bien que les autochtones qui vivent dans les réserves. Diriez-vous toutefois que le Comité a suffisamment de travail à faire sans entreprendre une nouvelle étude?



## [Text]

**Ms Dorey:** Again, when you're talking about first nations, that's one thing I would like to have cleared for me. When you're talking about first nations, the impression I get is that you're going to be looking at the reserves' health problems.

**Mr. Hill:** Not if you have anything to say about it.

**Ms Dorey:** No. I don't want to interfere with that process. As an aboriginal person, I have no right to say you should not be doing that if you're going to be looking at... I think it would be helpful, though, if this committee had some of that past research in hand, especially the Federal/Provincial/Territorial/National Aboriginal Organizations Working Group on Aboriginal Health. It was a report that went to the conference of deputy ministers of health in 1993. Is the committee aware of the 27 recommendations in that report? Are you aware of this report and the recommendations that came out of it? If you aren't, I think it's a document you should start looking at.

There are some other issues out there. If we can be of assistance to try to give to the committee some of these studies, we would be more than willing to be helpful and do that. But again, I have to stress that most of the recommendations and the studies that have been done have been on reserve and we have a unique and different problem off reserve. A lot of our people can't go back to the reserve. Maybe you're reserve or whatever, but you can't go back to the reserve.

I'll give you an example. I am Micmac, a registered status Indian under Bill C-31, but my children aren't. I am a registered status Indian but my kids aren't. Now, I might be able to access a little community health unit they have, but my children do not have access to that. They have to go to town. Those doctors, those health nurses, those people who are within that health unit, they may have been working there for the last 15 years. They have been educated, they know the differences we have, they know what our lifestyles are like. But my children cannot access that. They have to go in town to the community health service.

If there was a mental health social counsellor there, my children would have to go into town. If I had a mental health problem, I could maybe access the mental health expertise that was educated and understood where I might be coming from as an aboriginal person. But that sort of help should be available regardless of your residency. That is what I am saying. We should be able to have access to broader health initiatives off reserves.

**Mr. Hill:** I have one final question.

**The Chairman:** Very quickly because we're running out of time.

**Mr. Hill:** If you were guiding government, would you say stop spending money on studying us and maybe give us the money for direct programs?

**Ms Dorey:** We know what our problems are. As I said, there has been research, there have been recommendations made before on the government acting on helping aboriginal people address their health issues, whether it's mental health, drug abuse, child care, that sort of thing. We should start by looking at all the documentation and the research studies that have been held, the recommendations that have come out of those studies, and then ask how we can look at providing the

## [Translation]

**Mme Dorey:** Il y a une chose que j'aimerais qu'on me précise. Lorsque vous parlez de Premières Nations, l'impression que j'en ai, c'est que vous allez examiner les problèmes de santé dans les réserves.

**M. Hill:** Pas si vous avez quelque chose à dire à ce sujet.

**Mme Dorey:** Non, je ne veux pas m'immiscer dans le processus. Comme autochtone, je n'ai pas le droit de dire que vous ne devriez pas le faire si vous voulez étudier... Il serait toutefois utile que le Comité dispose des recherches déjà effectuées, particulièrement par le groupe de travail sur la santé des autochtones des organisations autochtones fédérales, provinciales, territoriales et nationales. Le rapport a été présenté à la conférence des sous-ministres de la santé en 1993. Le Comité est-il au courant des 27 recommandations qu'elle contient? Connaissiez-vous l'existence du rapport et les recommandations qui en ont découlé? Sinon, c'est un document que vous devriez commencer à étudier.

Il y a d'autres enjeux sur cette question. Si nous pouvons aider le Comité, nous sommes plus que disposés à lui communiquer certaines de ces études. Je dois toutefois signaler, une fois de plus, que la plupart des recommandations et des études portent sur les réserves et que les autochtones hors réserve ont un problème particulier et différent. Beaucoup de nos gens ne peuvent retourner dans les réserves. Certains sont peut-être inscrits, mais ne peuvent retourner dans la réserve.

Je vais vous donner un exemple. Je suis Micmac, indienne inscrite en vertu du projet de loi C-31, mais mes enfants ne le sont pas. Je pourrais peut-être avoir accès au petit dispensaire communautaire qui se trouve dans la réserve, mais pas mes enfants. Ils doivent aller en ville. Les médecins, les infirmières et les gens qui travaillent au dispensaire y sont peut-être depuis 15 ans. Ils ont été sensibilisés, ils connaissent nos différences et notre mode de vie. Mes enfants n'y ont toutefois pas accès. Ils doivent se rendre au service de santé communautaire en ville.

S'il y avait un conseiller social en santé mentale, mes enfants devraient aller en ville. Si j'avais un problème de santé mentale, j'aurais peut-être accès à des spécialistes qui ont reçu une formation et comprennent ma situation d'autochtone. Ce genre d'aide devrait toutefois être disponible peu importe le lieu où l'on demeure. Voilà ce que je dis. Nous devrions pouvoir avoir accès à des services de santé plus étendus hors réserve.

**M. Hill:** J'ai une dernière question.

**Le président:** Très rapidement, nous n'avons presque plus de temps.

**M. Hill:** Si vous deviez conseiller le gouvernement, lui diriez-vous de cesser d'investir dans des études et de vous donner peut-être l'argent pour lancer des programmes directs?

**Mme Dorey:** Nous connaissons nos problèmes. Comme je l'ai dit, on a déjà effectué des études et présenté des recommandations pour que le gouvernement aide les autochtones à régler leurs problèmes de santé, qu'il s'agisse de santé mentale, de toxicomanie, de service de garderie, etc. Il faudra commencer par examiner tous les documents et toutes les études qui existent déjà, les recommandations qui en découlent et nous demander ensuite où trouver les compétences

## [Texte]

expertise on solutions. We have to start doing that in order to be more progressive than we might have been in the past, and we need to be able, as our organization, to look at how we might be able to deal with health issues off reserve and build in a better way of our people getting their health needs.

## [Traduction]

requis pour les solutions. Il serait temps d'agir de façon plus progressive qu'auparavant et, en tant qu'organisation, nous devons réfléchir à la manière de régler les problèmes de santé hors réserves et de prévoir de meilleures solutions aux besoins de santé de nos gens.

• 1010

I know they're there, because I've been called, again working with aboriginal peoples in Nova Scotia, to walk the floor with a 15-year-old girl who has attempted suicide. This was her fourth or fifth time. I know about the Big Cove situation in the Nova Scotia area because when the community shut down for a whole week and decided they had to start healing themselves, a lot of our traditional people went over there and spent two weeks in that community helping people to deal with their problems. It was in a traditional fashion. A lot of talking circles were held, some sweats were held, and people were starting to deal with the problems that have been suppressed for so long.

So our traditional way might not mean some home brew of dealing with a disease of some sort. When we talk about traditional and spiritual, there are ways out there that are coming back into our communities and are helping our people to deal with emotional problems.

**The Chairman:** I hear you loudly and clearly on the distinction between the on-reserve and the off-reserve, and maybe your category hasn't got the attention it deserves. But I direct your attention to our letter. Our mandate was carefully selected. We're not talking about first nations and Inuit issues; we're talking about aboriginal health issues. I understand that term to be inclusive of both reserve and off-reserve aboriginal people, and it's in that spirit that we go.

Secondly, I'm interested in your exchange with Grant, because you really can't have it both ways. You can't say in one mouthful, "Don't study us any more, but get your head around what we really want". That's where we're coming from. We're trying to get our head around what you really want. We call that study. If the emphasis ought to be on studying solutions as opposed to the problems, then that's why we're asking people such as you to come here to give us advice. But let's not get trite and say "Don't study", because if so we can call off this entire exercise. We don't understand your issue well enough, and therefore we need to study. I know it's a dirty word, but that's what we're doing, studying.

Paul.

**Mr. Szabo:** I think we have a communication problem. The chairman has alluded to it. Every member of this committee except the chairman is a brand-new member of Parliament.

**Mrs. Ur:** Well, there's Audrey.

**Mr. Szabo:** She's not a full member of the committee, but she probably knows more about aboriginal people than all of us.

Je sais que les problèmes existent, parce que j'ai été appelé, au cours de mes activités auprès des Autochtones de la Nouvelle-Écosse, à accompagner une jeune fille de 15 ans qui avait essayé de se suicider. C'était sa quatrième ou cinquième tentative. Je suis au courant de la situation dans la région de Big Cove en Nouvelle-Écosse, parce que la communauté s'était paralysée pendant toute une semaine et avait décidé qu'il était temps de se prendre en main et de se guérir elle-même, et beaucoup de nos traditionalistes sont venus sur place et ont passé deux semaines à aider les gens à régler leurs problèmes. Cela s'est fait de la façon traditionnelle. On a organisé de nombreux cercles de discussion, des «sueries» et les gens ont commencé à faire face aux problèmes étouffés depuis si longtemps.

Lorsque nous parlons des façons traditionnelles, cela ne signifie pas nécessairement une concoction maison pour guérir une maladie donnée. Dans le cadre de l'approche traditionnelle et spirituelle, des intervenants peuvent revenir dans nos communautés et aider nos gens à faire face à leurs problèmes affectifs.

**Le président:** La distinction entre les Autochtones des réserves et ceux qui vivent hors réserve est très claire, et ceux de votre groupe n'ont peut-être pas reçu toute l'attention qu'ils méritent. J'attire toutefois votre attention sur notre lettre. Notre mandat est très précis. Nous étudions non pas des questions qui intéressent les premières nations et les Inuits, mais plutôt la santé des Autochtones. Je crois savoir que l'expression englobe à la fois les Autochtones des réserves et ceux qui vivent hors réserve. C'est dans cet esprit que nous poursuivons nos travaux.

Deuxièmement, l'échange que vous avez eu avec Grant m'intéresse parce que vous ne pouvez tout avoir, en réalité. Vous ne pouvez dire simultanément: «cessez de nous étudier, mais faites vous une idée de ce que nous voulons vraiment». Voilà ce que nous voulons faire. Avoir une idée de ce que vous voulez en réalité. C'est ce que nous appelons une étude. S'il faut mettre l'accent sur l'étude des solutions plutôt que des problèmes, il faut que des gens comme vous viennent nous en parler. Évitions toutefois les lieux communs en disant qu'il faut mettre fin aux études, parce que si c'est le cas, aussi bien mettre un terme à tout cela. Nous ne comprenons pas assez bien votre situation et c'est pourquoi il faut l'étudier. Je sais que c'est un mot mal accepté, mais c'est ce que nous faisons: nous étudions les situations.

Paul.

**M. Szabo:** Je crois que nous avons un problème de communication et le président y a fait allusion. À l'exception du président, tous les membres du Comité sont nouveaux au Parlement.

**Mme Ur:** Il y a Audrey aussi.

**M. Szabo:** Elle n'est pas membre à part entière du Comité, mais elle en sait probablement plus que nous tous sur les Autochtones.



[Text]

We as a group chose, of all the things we could do, to look at aboriginal health issues over the next couple of months, for the balance of the year, because we thought it was important. It was of interest to us, but we all recognize that we had no knowledge. This is the first meeting we've had formally to get on with the process. Because we haven't looked at your studies, that doesn't mean we're not going to look at them. We will.

I have to tell you quite honestly that I think this thing shouldn't go ahead any further unless two conditions are in place. Number one is already a given: that there is a problem, there is a need. I think we all agree with that. What I'm not convinced of—and I'm sorry, but I don't think you've helped the cause—is that you want help. If you don't want to be helped, if you don't want this group. . .

Understand that this Standing Committee on Health is an all-party committee. This is not the government. This is ostensibly a separate group that happens to have expressed an interest. We reached out and said, is there a place for us to help? Today you came here and you bit our hand. I really didn't feel comfortable because you were critical of us for even raising it. So maybe you should respond to try to assure us that you think there is a place for us to help you.

• 1015

**Ms Dorey:** Okay, I'll do that. If that's the message I've gotten out, that I've kind of bitten the hand, I am sorry for that, but the only thing is what I am saying. When you look at a study, you again presume you are going to be studied again. The whole health issue problems are going to be restudied. What I am trying to say is that there are enough studies, I believe, on what the problems are. However, if you want to look at an innovative way of putting solutions to the problems, then maybe that's what the committee should also be looking into, without going out and trying to study what the health problems are. That's the message I wanted to be able to address by saying no more studies as to what our problems are.

**Mr. Szabo:** Okay.

**Ms Dorey:** I think the chairman addressed my concern when he stated that by using the word "study", you are not going to be going back out and restudying what the whole health problems are. Basically, what I was saying is that enough studies have been done on what the health problems are and we need to maybe look at how we might find innovative ways of dealing with some of the problems we have.

**The Chairman:** What we are saying is that the short answer is yes, you are going to be studied again, but the fact that you are here means that we would like to study the issue in a way that would be helpful.

**Ms Dorey:** We want to be involved, but we want to be involved in a process that is going to be more helpful, instead of just again researching ideas. I think you made very clear to us that it's not going to be a study to readdress all the health problems. We know what they are. We need to study looking at how we might be able to deliver services.

[Translation]

Parmi les choses que nous pouvions faire, nous avons décidé, comme groupe, d'examiner les questions de santé des Autochtones au cours des deux ou trois prochains mois, et pour ce qui reste de l'année, parce que nous estimons que c'est important. La question nous intéresse, mais nous admettons tous notre ignorance à ce propos. Cette réunion est la première qui porte officiellement sur cette démarche. Si nous n'avons pas encore examiné vos études, cela ne veut pas dire que nous n'avons pas l'intention de le faire; soyez-en assurés.

Je dois vous avouer franchement que rien de tout cela ne peut vraiment avancer si deux conditions ne sont pas remplies. La première est déjà acquise: il y a un problème, un besoin. Nous sommes tous d'accord là-dessus. Ce dont je ne suis pas convaincu—et j'en suis désolé, mais je ne pense pas que vous ayez aidé votre cause—c'est que vous vouliez de l'aide. Si vous ne voulez pas d'aide, ou si vous ne voulez pas que le groupe. . .

Il faut comprendre que ce Comité permanent de la Santé représente tous les partis. Ce n'est pas le gouvernement. Il s'agit manifestement d'un groupe distinct qui a manifesté de l'intérêt. Nous avons demandé si nous pouvions aider. Aujourd'hui, vous montrez les dents alors que nous vous tendons la main. Je ne sais plus quoi penser parce que vous nous reprochez le fait même de vous l'avoir tendue. Vous devriez peut-être essayer de nous convaincre que nous pouvons vous aider.

**Mme Dorey:** Très bien, je vais le faire. Si mes propos vous ont fait conclure que je montrais les dents devant la main tendue, j'en suis désolée, mais je ne faisais que constater les faits. Lorsqu'il est question d'une étude, les sujets supposent une fois de plus qu'ils seront étudiés encore et encore. On étudiera donc de nouveau toutes les questions relatives aux problèmes de santé. Ce que j'essaie de dire, c'est que les études sur la nature des problèmes sont suffisamment nombreuses à mon avis. Or, si vous voulez trouver des façons novatrices de régler les problèmes, le Comité devrait peut-être envisager de s'y appliquer sans avoir à étudier encore une fois la nature des problèmes de santé. Voilà le message que je voulais faire passer en disant que nous ne voulions plus d'autres études sur la nature de nos problèmes.

**M. Szabo:** Très bien.

**Mme Dorey:** Le président a répondu à mon intervention lorsqu'il a dit que «étude» ne signifiait pas que l'on recommencerait à étudier la nature de tous les problèmes de santé. Ce que je disais essentiellement, c'est que l'on a fait suffisamment d'études sur la nature des problèmes de santé et qu'il faut peut-être chercher des façons novatrices de régler certains de nos problèmes.

**Le président:** Ce que nous disons en deux mots, c'est que vous ferez effectivement l'objet d'une nouvelle étude, mais que votre présence ici signifie que nous aimerions aborder les questions de façon utile.

**Mme Dorey:** Nous voulons participer, mais à une démarche qui serait vraiment utile, au lieu de brasser de nouveau les mêmes vieilles idées. Vous nous avez dit très clairement qu'il n'y aura pas d'étude qui portera de nouveau sur tous les problèmes de santé. Nous les connaissons. Il faut étudier des moyens éventuels d'offrir des services.



[Texte]

**The Chairman:** Folks, before we entertain the last one or two interveners, let me point out to you that, one, we are running well behind time; two, we have to be out of the room in 35 minutes; and, three, we have another set of witnesses. So I would ask the last two interveners to be brief or save your questions for the next witnesses. Ovid and Rose-Marie, please.

**Mr. Jackson:** Mr. Chair, I think the question I have to ask is important or I would have deferred it.

I tend to sense from Darliea's intervention that there is some political problem between the status and the non-status people. The question I would like to ask is two-fold. Number one, is there a mechanism for you to get together to resolve some of the problems you have? The second part is, how are the resources deployed? Do non-status people or off-reserve people get the same treatment as on-reserve people, or is there a problem with that?

I seem to sense that coming from what you said. A lot of us talked around that and maybe that's where the hostility is coming from. I don't know.

**Ms Dorey:** There is no problem with the aboriginal people. It is with government and its way of processing. With National Health and Welfare and through the Indian Act, the mandate has always been that the major proportion of money and funding goes to first nations people on reserve. What we are saying is that off reserve we need to be able to access those programs as well. However, nationally there is no real difference amongst us. That has been created because of the way the government and the Department of Indian Affairs funds and under National Health and Welfare they have a larger proportion of funding to give to first nations people.

As the off-reserve population and constituents, we want to be able to address our needs when it comes to health and how we might also be able to access the health needs that are traditional and spiritual for our people.

**Mr. Jackson:** One last thing, Mr. Chairman. My namesake, Ovide, is going to be here later on. Is there a question I should be asking him with regard to it or is there a question that might help solve some of the problems we are looking at?

**Ms Dorey:** No.

**Mr. Jackson:** Okay.

**The Chairman:** I want to thank Darliea, Diana, and Dan for taking the time. We'll be in touch with you further. You won't mind?

**Ms Dorey:** No, I won't mind at all. We will really be appreciative of that.

**The Chairman:** Thank you for coming.

**Ms Dorey:** Thank you.

**The Chairman:** Committee, just allow me to welcome our colleagues, and my good friend, Audrey McLaughlin and Dick Harris. Glad to have you.

[Traduction]

**Le président:** Avant d'entendre les derniers témoins, permettez-moi de vous signaler, d'abord, que nous sommes très en retard; deuxièmement, qu'il faut avoir quitté la salle dans 35 minutes; et, troisièmement, que nous avons une autre série de témoins. Je demanderais donc aux deux derniers intervenants du Comité d'être brefs ou de réserver leurs questions aux prochains témoins. Ovid et Rose-Marie, s'il vous plaît.

**M. Jackson:** Monsieur le président, ma question est importante, sinon je l'aurais reportée.

Je conclus de l'intervention de Darliea qu'il y a des problèmes politiques entre les Autochtones inscrits et non inscrits. Ma question est double. D'abord, y a-t-il un moyen de vous réunir pour régler certains de vos problèmes? Deuxièmement, comment les ressources sont-elles déployées? Les Autochtones non inscrits ou ceux qui vivent hors réserve sont-ils traités de la même façon que ceux des réserves, ou bien y a-t-il un problème à cet égard?

C'est ce que je crois comprendre à la suite de votre intervention. Beaucoup d'entre nous en ont parlé et c'est peut-être de là que vient l'hostilité. Je ne sais pas.

**Mme Dorey:** Le problème n'est pas du côté des Autochtones, mais relève plutôt du gouvernement et de sa façon d'agir. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a toujours eu pour mandat, conformément à la Loi sur les Indiens, d'affecter la majeure partie de l'argent et des fonds aux membres des premières nations qui vivent dans des réserves. Ce que nous disons, c'est que les Autochtones hors réserve ont besoin d'avoir accès à ces programmes aussi. Sur la scène nationale, il n'y a toutefois pas de différence réelle entre nous. La différence vient du fait que le gouvernement et le ministère des Affaires indiennes, tout comme celui de la Santé nationale et du Bien-être social, affectent une plus grande partie des budgets aux gens des premières nations.

Comme citoyens et électeurs vivant hors réserve, nous voulons pouvoir répondre à nos besoins dans le domaine de la santé et avoir accès aux ressources traditionnelles et spirituelles à cet égard.

**M. Jackson:** Une dernière chose, monsieur le président. Mon homonyme, Ovide, sera ici un peu plus tard. Y a-t-il une question que je pourrais lui poser à ce propos pour nous éclairer?

**Mme Dorey:** Non.

**M. Jackson:** Très bien.

**Le président:** Je remercie Darliea, Diana et Dan d'avoir pris le temps de venir témoigner. Nous communiquerons avec vous de nouveau. Vous n'y voyez pas d'inconvénient?

**Mme Dorey:** Pas du tout. Nous vous en saurons vraiment gré.

**Le président:** Merci d'être venue.

**Mme Dorey:** Merci.

**Le président:** Membres du Comité, permettez-moi de souhaiter la bienvenue à nos collègues, mon excellente amie Audrey McLaughlin, et Dick Harris. Nous sommes heureux de vous accueillir.

[Text]

[Translation]

• 1020

On behalf of the committee we now welcome the next set of witnesses. From the Assembly of First Nations, Ovide Mercredi. It's good to have you with us. Please introduce your colleagues at the table.

**Chief Ovide Mercredi (National Chief, Assembly of First Nations):** With me today are Alfred Linklater, who is the director of education for the Assembly of First Nations; Keith Conn, who is the director of our environmental program within the assembly; and Maxine Cole, the coordinator of our study on the Great Lakes, which is essentially an environmental study on the quality of the water and how the pollution in the Great Lakes is affecting the health of the first nations people who live within the area of the Great Lakes.

• 1025

**The Chairman:** We're running a bit behind this morning, as usual. I just learned a few minutes ago that we have to be out of the room to accommodate another committee at 11 a.m. That gives us about 30 minutes.

I would hope, Ovide, that this could be just the first of several consultations we might have with your group, if you are so willing, on this particular set of issues. If you have an opening statement, we'd be glad to hear it. Then we'd like to put some questions, if we may.

**Chief Mercredi:** First, I want to say to you that I have a mixed mind about your work as a committee.

On the one hand, I want to encourage you and say that we need your help. The task is onerous and we're prepared to work with you in achieving your objectives.

On the other hand, I'm looking at the political landscape. I'm looking at the House of Commons and the dynamics there. I'm reading *The Globe and Mail*. I'm hearing from the Minister of Finance. I ask myself whether the committee should go out to raise the expectations of the people I represent if it has already made up its mind that it will make sure there are deep cuts to deal with the deficit.

Part of me wants to tell you to stay at home. Don't waste your time or ours. Don't go to our communities. Don't talk to our people. Don't raise their expectations for nothing.

However, maybe you'll say something to me that will make that part of me go to the other side, which is to have faith in your committee, believe that you will do something, and then to work with you in that capacity.

I'm not convinced right now, though, given what Mr. Martin said yesterday, that your committee can make any difference in our lives. I think the government has already decided what it's going to do. This is my opinion. He says the wound is self-inflicted, it must be healed, and nothing is going to make us miss that target. It's easy for a millionaire to say that. However, when you have a young person in Pikangikum crying alone in the middle of the night, shivering in fear and contemplating suicide, then this is no consolation or hope for that individual.

Au nom du Comité, nous accueillons maintenant le groupe suivant de témoins. Ovide Mercredi représente l'Assemblée des premières nations. Nous sommes heureux de vous accueillir. Veuillez nous présenter vos collègues à la table.

**Le chef Ovide Mercredi (chef national, Assemblée des premières nations):** M'accompagnent aujourd'hui Alfred Linklater, directeur de l'éducation de l'Assemblée des premières nations, Keith Conn, directeur du programme environnemental de l'Assemblée, et Maxine Cole, coordonnatrice de notre étude sur les Grands Lacs. Il s'agit essentiellement d'une étude environnementale sur la qualité de l'eau et sur l'effet de la pollution des Grands Lacs sur la santé des membres des premières nations qui habitent la région.

**Le président:** Nous sommes un peu en retard ce matin, comme d'habitude. Je viens tout juste d'apprendre qu'il faut quitter la salle pour laisser la place à un autre comité à 11 heures. Cela nous donne une trentaine de minutes.

J'espère, Ovide, que cette consultation sera suivie de plusieurs autres que nous aurons avec votre groupe sur ces questions. Si vous avez une déclaration d'ouverture, nous sommes prêts à vous écouter. Nous aurons ensuite des questions à vous poser.

**Le chef Mercredi:** Je veux vous dire d'abord que j'ai mes doutes quant aux travaux de votre comité.

D'une part, je veux vous encourager et vous dire que nous avons besoin de votre aide. La tâche est ardue et nous sommes disposés à collaborer avec vous pour vous aider à atteindre vos objectifs.

Par ailleurs, je regarde la scène politique, la Chambre des communes et la dynamique qui y existe, je lis le *Globe and Mail*, j'entends parler le ministre des Finances, et je me demande si le Comité doit susciter des attentes chez les gens que je représente étant donné qu'il a peut-être déjà été décidé qu'il verra à ce que l'on pratique des compressions importantes pour réduire le déficit.

D'un côté, j'ai envie de vous dire de rester chez vous, de ne pas perdre votre temps ni le nôtre, de ne pas vous rendre dans nos communautés, de ne pas parler à nos gens et de ne pas susciter chez eux des attentes inutiles.

Mais vous avez peut-être quelque chose à me dire qui me fera pencher de l'autre côté, c'est-à-dire qui m'incitera à avoir confiance dans votre comité, à croire que vous ferez un travail utile et à collaborer avec vous à cet égard.

Compte tenu des propos de M. Martin, hier, je ne suis pas convaincu que votre comité puisse faire grand chose pour changer nos vies. Le gouvernement a déjà décidé de ce qu'il fera. C'est ce que je pense. Il affirme que la plaie est d'origine interne, qu'il faut la guérir et que rien ne nous fera rater ce but. Facile à dire pour un millionnaire. Cependant, lorsqu'un jeune de Pikangikum pleure seul au beau milieu de la nuit, grelottant de peur et envisageant le suicide, il n'y a alors rien pour le consoler et lui donner espoir.



## [Texte]

I'm not being overly dramatic. What I'm saying to you is this. Here are the studies we have done as the Assembly on health-related issues. We have done a total of 12 studies: one on suicides; one on diabetes; one on child well-being; one on AIDS; one on the impacts of residential schools; and one on the water quality in the Great Lakes.

These were done in 1993-94. Some of these projects have been ongoing since the early 1990s.

The committee doesn't need to study us. There's really no need for you to find out once again what we already know. I'm going to give you these reports so you can read them if you want to educate yourself about the conditions in our communities. I think once you've gone through them you will come to the realization that what is necessary here is someone to fight for us in government, someone to be our watch-dog, someone to make sure that the services are there, someone to defend us from the financial cuts that are going to be made by the Minister of Finance. That's what we need.

● 1030

Our organization is made up of chiefs, and if they don't see any reason to come to see you, they will never come to see you. So your first task, as far as I am concerned anyway, is to convince me and the people I represent that there is a reason for you to go out there and that when you come back there is a reason for us to hold up hope that you will do something. Right now my suspicion is this, and I am being very frank with you: this committee could be part of a larger strategy of the Liberal government, that the decisions to make deep cuts in health services have already been made. In other words, your committee is involved in public relations and will go out to the communities to make it look as if something will not take place or to make it look as if we have reason to expect that the programs we have now will be saved from the slash that's going to take place—the programs we now enjoy may be enriched to meet the needs in our communities.

That's a pretty onerous task for you to take right now, and I don't think the Assembly is alone in expressing this opinion. I think the previous speakers from the Congress of Aboriginal Peoples have also raised the same issue: why another study? I think there are a number of issues that the government has to address—I don't say this committee has to, but the Government of Canada has to. One is the elimination of poverty and the need to create economic opportunities in our communities. The second one is that there have to be improved resources available for educational needs in our communities, including schools. Canadians take for granted that most Canadians can have their schooling within their communities, which is not necessarily so for aboriginal people. We need better housing, increased resources for housing. This is a Liberal promise that is really slow off the ground. We have to have clean and safe water. The Government of Canada has to address what happened in the residential schools and what has happened with the child welfare agencies—the injustices that have been done to our people by these two institutions.

## [Traduction]

Je ne dramatiser pas. Ce que j'ai à dire, c'est ceci. Voici les études que l'Assemblée a faites dans le domaine de la santé. Nous en avons réalisé 12 au total, une sur le suicide, une sur le diabète, une sur le bien-être des enfants, une sur le SIDA, une sur les répercussions des écoles résidentielles, et une sur la qualité de l'eau dans les Grands Lacs.

Ces études ont été réalisées en 1993-1994 et certains de ces projets se poursuivent depuis le début des années quatre-vingt-dix.

Le Comité n'a pas besoin de nous étudier encore. Il n'est pas nécessaire pour vous de découvrir une fois de plus ce que nous savons déjà. Je vais vous remettre ces rapports afin que vous puissiez les lire si vous voulez vous informer des conditions qui règnent dans nos communautés. Après les avoir vus, vous comprendrez qu'il nous faut quelqu'un qui se batte pour nous au gouvernement, un chien de garde, quelqu'un qui veille à ce que les services soient offerts, qui nous défende contre les compressions que va opérer le ministre des Finances. C'est ce qu'il nous faut.

Notre organisme est formé de chefs qui ne viendront jamais vous voir à moins d'avoir de bonnes raisons de le faire. Votre première tâche, du moins en ce qui me concerne, est donc de me convaincre, et de convaincre les gens que je représente, qu'il y a une bonne raison pour que vous y alliez et que, à votre retour, nous ayons une raison d'espérer que vous ferez quelque chose. Pour l'instant, pour être très honnête avec vous, mes soupçons sont les suivants: votre comité pourrait s'inscrire dans une stratégie plus vaste du gouvernement libéral, et les décisions de sabrer dans les services de santé seraient déjà prises. Autrement dit, votre comité fait des relations publiques, il va se balader dans le milieu pour donner l'impression que certaines choses ne se produiront jamais ou pour donner l'impression que nous aurions des raisons de croire que nos programmes actuels échappent au couperet qui va tomber—il y a moyen d'enrichir les programmes actuels pour répondre aux besoins de nos communautés.

Vous vous attaquez à une tâche assez onéreuse, et je ne pense pas que l'Assemblée soit la seule de cet avis. Les témoins précédents du Congrès national des Autochtones ont soulevé la même question: pourquoi une autre étude? Le gouvernement a plusieurs questions à examiner... je ne dis pas que c'est le Comité qui doit le faire, mais le gouvernement du Canada. La première, c'est l'élimination de la pauvreté et la nécessité de créer des possibilités économiques dans nos communautés. La deuxième, c'est de dégager de meilleures ressources pour nos besoins d'éducation, y compris les écoles. Dans notre pays, on tient pour acquis que la plupart des Canadiens peuvent fréquenter l'école dans leur propre communauté, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour les Autochtones. Il nous faut de meilleurs logements, plus de ressources pour le logement. C'est une promesse des Libéraux qui met du temps à se concrétiser. Il nous faut de l'eau propre et salubre. Le gouvernement du Canada doit examiner ce qui s'est passé dans les écoles résidentielles et ce qui s'est passé dans les agences de bien-être de l'enfance—les injustices que ces deux types d'établissements ont commises envers notre peuple.



[Text]

The government has to do something about the lack of recognition of treaty rights to health, because right now they are saying to us, you have no rights to health other than what we provide under the universal health services programs. But universality, when it comes to our people, in my opinion is just a big wish. Universality does not apply to us in terms of health services. We do not have the same quality of services. We don't have access to the same services. We don't enjoy the same quality of health as other Canadians do. So universality to us is just a phrase to keep the programs in the south, in the urban centres. It's a phrase that benefits those who have money. Those who don't, they have to wait.

When it comes to health, wellness in our communities, for a long time now we have been saying to the government that what you have there to address family violence, what you have in your programs to address a need for healing in our communities, is not working. It's not working because they've been designed somewhere in Ottawa by some bureaucrat who has never lived a day in his life on an Indian reservation.

• 1035

So those programs that are there are defective for that reason. The resources are necessary but they're inadequate, and the policies and the programs that are created based on those resources are done by people who have no appreciation of what our needs are and how we can improve the health conditions in our communities.

As I walked in here I heard one of the CAP representatives say "we know what our needs are". I support that view. They know what their needs are just as we do, but we don't control the resources. What we have right now is a paternalistic system where the federal government or the provinces make all decisions respecting health needs and health care requirements in our communities, and sometimes we get to be involved in the delivery of these programs if we fight hard enough to wrestle away that authority from the federal or provincial governments.

So, in summary, what Parliament needs to do, particularly the Government of Canada—and I don't mean this committee—is that the first nations must see a new housing policy implemented as early as the next fiscal year, and we must also see the headstart program, which now discriminates against reserve Indian people, expanded to ensure that the headstart program is available to Indian people who live on reservations and that it's not just a program for urban residents.

In regard to the Liberal promise in the red book that they will respect traditional healing by getting involved in identifying some healing centres, financing them, this has to be done not at the end of the Liberal term but early in its term. Those promises in the red book were made not for afterwards but right now.

A first nations health policy must be developed by first nations together with the government and not be something that's done unilaterally by the Deputy Minister of Health or the Minister of Health or senior ADMs of Health. The health

[Translation]

Le gouvernement doit faire quelque chose au sujet de la non reconnaissance des droits à la santé que confèrent les traités, car, à l'heure actuelle, il nous affirme que nous n'avons pas de droits à la santé autres que ceux qu'accordent les régimes universels. Mais l'universalité, pour notre peuple, se cantonne au niveau des intentions, selon moi. L'universalité ne s'applique pas à nous pour ce qui est des services de santé. Nous n'avons pas la même qualité de services. Nous n'avons pas accès aux mêmes services. Nous ne jouissons pas de la même qualité de soins de santé que les autres Canadiens. Donc, pour nous, l'universalité n'est qu'une expression pour garder les programmes dans le Sud, dans les centres urbains. C'est une expression qui privilégie les nantis. Les autres n'ont qu'à attendre.

Pour ce qui est de l'état de santé de nos communautés, il y a longtemps que nous disons au gouvernement que les mesures mises en place pour contrer la violence familiale ou pour contribuer à la guérison des nôtres ne donnent pas les résultats voulus. Si ces mesures ne donnent rien, c'est parce qu'elles ont été conçues à Ottawa par des bureaucrates qui n'ont jamais passé une journée de leur vie dans une réserve indienne.

Donc, les programmes en place ne marchent pas pour cette raison. Les ressources sont nécessaires, mais elles sont insuffisantes, et les politiques et les programmes qu'elles sous-tendent sont l'oeuvre de personnes qui ne comprennent pas nos besoins et ne savent pas comment améliorer les conditions de santé dans nos communautés.

En entrant ici, j'ai entendu un représentant du CNA dire: «nous savons quels sont nos besoins». Je suis de son avis. Ils savent aussi bien que nous ce que sont les besoins, mais nous ne contrôlons pas les ressources. A l'heure actuelle, nous avons un système paternaliste où le gouvernement fédéral ou les provinces prennent toutes les décisions touchant les besoins de santé et en matière de soins dans nos communautés, et il nous arrive de participer à l'exécution de ces programmes si nous menons une lutte assez intense pour arracher ce pouvoir aux gouvernements fédéral ou provinciaux.

Donc, en résumé, il faut que le Parlement et particulièrement le gouvernement du Canada—et je ne veux pas dire votre comité—mette en oeuvre une nouvelle politique de logement au profit des premières nations dès le prochain exercice; et qu'il étende également le programme Bon départ, actuellement discriminatoire à l'endroit des Indiens vivant dans les réserves, afin de le mettre à la portée de ces derniers, plutôt que de le réserver aux citoyens.

Quant à la promesse que les libéraux ont faite dans leur Livre rouge de respecter les moyens traditionnels de guérison en participant à l'identification et au financement de certains centres de santé, cela ne doit pas attendre la fin du mandat libéral, mais avoir lieu tout de suite. Ces promesses du Livre rouge, n'ont pas été faites pour plus tard, mais pour tout de suite.

La politique de santé pour les premières nations doit être élaborée par elles-mêmes, de concert avec le gouvernement, et ne pas être une mesure unilatérale de la sous-ministre de la Santé, ou de la ministre de la Santé, ou des SMA principaux de

[Texte]

policy has to be based on what the real needs are in the communities and people have to have a say in it. The real people who are the recipients of these services have to shape these services so that they're suited for them.

The very least the Government of Canada can do is apologize to the first nations for the injustices that have been done in the residential schools and provide compensation to our peoples so that we can begin using the resources to carry out the much needed healing in our communities that stems from the abuse that was experienced in the residential schools.

There have to be resources set aside for child care resources on the reservations, and this has to be done as part of the Liberal promise to deal with child care nationally.

There has to be clean water in our communities, drinking water, and the infrastructure that Canadians take for granted in the rest of Canada should be available to all people in Canada. We shouldn't always be the last to be considered, and there has to be a real investment in economic development, in jobs and training and education. These initiatives should not give way to deficit retirement or to the idea of creating a new social security system under Axworthy.

The current cutbacks in non-insured health benefits have to stop so that people's health needs are addressed right now. The non-insured health benefits have to be made a permanent part of the health care system for aboriginal people, which was promised by the red book, because if you read the red book you will see that they make a commitment to us that they will create a new aboriginal policy on health care and that they will do this with our full participation. Until now, the Minister of National Health has made no such announcement. I don't know when she intends to begin this process, and perhaps the committee has been given that responsibility. I don't know.

• 1040

Finally, when we deal with health matters, they have to be done showing respect for our treaty right, showing respect for our right of government. The delivery of health services that white Canadians take for granted should not be a process of prolonged negotiation for aboriginal people. We're the only people who have to prove our worth before we get something; we're the people who have to listen to arguments from the Reform Party that we're not ready to govern ourselves; we're the people who have to put up with that kind of nonsense when it comes to delivering services to our people.

The red book says they will respect the inherent right of our people to govern themselves, but I must say to you that there is very little evidence out there of that respect, and there is certainly no evidence, right now as it stands, that there is a real effort on the part of the Liberal government to begin to implement the inherent right with us, even in the area of health care.

In most of our communities to which I've travelled in my three years as national chief, the health issues are still decided by a policy made by medical services. Most health care decisions are made by a public nurse, not by the people themselves. But if

[Traduction]

la santé. La politique de la santé doit s'appuyer sur les véritables besoins des collectivités, et les gens doivent avoir leur mot à dire. Les vrais bénéficiaires de ces services doivent les définir, pour qu'ils répondent à leurs besoins.

La moindre des choses que le gouvernement du Canada pourrait faire, ce serait de présenter ses excuses aux premières nations pour les injustices commises dans les écoles résidentielles et indemniser les nôtres pour que nous puissions commencer à utiliser les ressources en vue de l'indispensable guérison de nos gens suite aux mauvais traitements qui leur ont été infligés dans ces établissements.

Il faut réserver des ressources à la garde d'enfants dans les réserves, et cela doit s'inscrire dans la promesse libérale touchant la garde d'enfants à l'échelle nationale.

Il faut fournir de l'eau salubre à nos communautés, de l'eau potable, et toute personne vivant au Canada doit bénéficier de l'infrastructure que tous les Canadiens tiennent pour acquis partout ailleurs au pays. Nous ne devrions pas être toujours les derniers servis; il faut investir véritablement dans le développement économique, dans les emplois et dans la formation et l'éducation. Ces initiatives ne doivent pas être sacrifiées à la réduction du déficit ni à l'idée de créer un nouveau régime de sécurité sociale sous Axworthy.

Il faut mettre un terme aux compressions actuelles des prestations de santé non assurées pour étudier tout de suite les besoins de santé des gens. Les prestations de santé non assurées doivent être un élément permanent du régime de soins de santé pour les Autochtones, selon la promesse du Livre rouge. À la lecture du Livre rouge, vous verrez qu'on nous a promis de créer une nouvelle politique sur les soins de santé pour les Autochtones, et ce, avec notre entière participation. La ministre de la Santé n'a pas encore fait d'annonce en ce sens. J'ignore quand elle entend amorcer ce processus, et c'est peut-être votre comité qui s'est vu confier cette responsabilité. Je ne sais plus.

Enfin, en matière de santé, il faut tenir compte des droits que nous confèrent les traités, de notre droit de nous gouverner. La prestation des services de santé que les blancs tiennent pour acquis ne doit pas être l'objet d'interminables négociations quand il s'agit des Autochtones. Nous sommes les seuls qui devons prouver notre mérite avant d'obtenir quoi que ce soit; nous sommes ceux qui doivent écouter le parti réformiste arguer que nous ne sommes pas prêts à nous gouverner nous-mêmes; nous sommes ceux qui devons composer avec ces choses ridicules lorsqu'il est question d'assurer des services aux nôtres.

Le Livre rouge dit qu'il respectera le droit inhérent de notre peuple de se gouverner, mais je dois vous dire qu'il n'y a pas grand-chose là à cet égard, et qu'il n'y a certainement rien, à l'heure actuelle, qui traduise un effort véritable de la part du gouvernement libéral d'entamer avec nous la mise en oeuvre de ce droit inhérent, même dans le domaine des soins de santé.

Dans la plupart de nos communautés que j'ai visitées depuis trois ans que je suis chef national, les questions de santé se décident encore selon une politique établie par les services médicaux. La plupart des décisions en la matière sont prises par



## [Text]

you go to any small white town in Canada, you'll see health boards set up and community health centres run by residents of these communities. That kind of opportunity to participate fully as decision-makers and people with authority in the health care system is not accorded our people, and I have to ask why.

I think part of it has to do with the reluctance of the government to recognize our treaty rights, because it is afraid of what that will mean in the long term, in terms of the nature and scope of the services we deserve. Ultimately those are the fundamental issues that have to be resolved. Right now, as far as I'm concerned, the struggle is a very simple one and that is to make sure that Paul Martin doesn't get his way when it comes to deep cuts. My mission in life, in the next while, is to make sure this government does not slash at the expense of the Indian people. When he talks about healing, he should be talking about healing real people and not things like a deficit. It's not the deficit that needs to be healed; it's people. The health care system, as it is right now, is defective in its delivery of services to our people. Right now they can't address it to the fullest extent.

There is diabetes in our communities. They're baffled by what's happening with the increase in tuberculosis in our communities. They are bewildered by the suicides of young people in our communities. I must tell you that it's not improving; it's getting worse. It is no longer young people who are committing suicide; it is now adults. Married men and women are taking their lives out of despair. You don't deal with these issues by deep cuts in the social security system or in the health care system.

You don't tell me that you're healing the deficit, you're healing the people of the country, when I know full well that people are dying out there, and that they're dying because there's nothing for them. Health is one issue, and the perspective that we take is a little more holistic. If you're going to address health needs, you're going to have to deal with the issue of land and resources, economic development, self-reliance, education—everything at the same time.

Your committee can't just focus on the health care system. You have to look at the factors that contribute to the health conditions in our communities. If you're genuinely set up to help us, we will work with you. But if you're just a public relations exercise by the Government of Canada, we will oppose you.

**The Chairman:** That's fairly clear. I was slightly amused by both your references to the public relations exercise because members of this committee of all parties will be aware how this subject evolved. Indeed, it started with a letter from one of the national aboriginal organizations recommending we look into these matters and the committee took that under advisement. So that was the genesis of this current study.

Okay, we have a few minutes. Any interveners?

## [Translation]

une infirmière de santé publique, et non par les intéressés eux-mêmes. Mais allez donc voir ce qui se passe dans n'importe quelle petite ville blanche au Canada: elles ont des conseils de santé et des centres de santé communautaire administrés par la collectivité. Les nôtres n'ont pas ces possibilités de participer pleinement, en tant que décideurs et de détenteurs du pouvoir dans le système de soins de santé, et je dois me demander pourquoi.

Cela vient en partie de ce que le gouvernement ne veut pas reconnaître les droits que nous confèrent les traités, car il a peur de ce que cela entraînerait à long terme, pour ce qui est de la nature et de la portée des services qui devraient nous revenir de droit. En définitive, ce sont là les questions fondamentales à trancher. Actuellement, en ce qui me concerne, le combat est très simple: soit empêcher Paul Martin d'en faire à sa tête lorsque vient le temps de sabrer dans les dépenses. Ma mission dans la vie, pour encore un bout de temps, c'est d'empêcher ce gouvernement de couper aux dépens des Indiens. Lorsqu'ils parlent de «guérison», ils devraient parler de guérir des personnes en chair et en os et non pas des choses comme le déficit. Ce n'est pas le déficit qu'il faut guérir, c'est les gens. Le système de soins de santé, dans sa forme actuelle, est lacunaire dans la prestation des services à nos gens. Actuellement, ils n'y ont pas accès dans toute la mesure souhaitable.

Il y a du diabète dans nos communautés. Les autorités sont médusées par ce qui se passe avec l'augmentation de la tuberculose parmi les nôtres, elles sont renversées par les taux de suicides parmi nos jeunes. Je dois vous dire que les choses ne s'améliorent pas; elles empiront. Ce ne sont plus les jeunes qui se suicident; ce sont maintenant les adultes. Des hommes et des femmes mariés s'enlèvent la vie par désespoir. Ce n'est pas en sabrant dans le régime de sécurité sociale ni dans le système de soins de santé que l'on peut régler ces questions.

Ne me dites pas que vous réglez le déficit, que vous guérissez les habitants du pays, lorsque je sais très bien qu'il y a des gens qui meurent, et qu'ils meurent parce que nous ne pouvons rien pour eux. La santé est une chose ponctuelle, alors que la perspective que nous adoptons est un peu plus holistique. Si vous voulez vous attaquer aux besoins de santé, vous allez devoir étudier la question des terres et des ressources, du développement économique, de l'autonomie, l'éducation, tout en même temps.

• 1045

Votre comité ne peut pas s'intéresser qu'au seul régime de soins de santé. Vous devez prendre en compte tous les facteurs qui contribuent à l'état de santé des nôtres. Si vous êtes vraiment là pour nous aider, nous travaillerons avec vous, mais si vous n'êtes qu'un pion dans un jeu de relations publiques du gouvernement du Canada, nous serons contre vous.

**Le président:** C'est très clair. J'ai été un peu amusé de vous entendre parler de pion dans un jeu de relations publiques, parce que les membres de notre comité, qui viennent de tous les partis, seront sensibles à l'évolution des choses. De fait, tout a commencé lorsqu'un des organismes autochtones nationaux a recommandé dans une lettre d'examiner ces questions, et le Comité a pris la chose en délibéré. Telle est la genèse de l'étude actuelle.

Très bien, nous avons quelques minutes. Des intervenants?



[Texte]

**Chief Mercredi:** Let me respond to you, first of all.

**The Chairman:** Sure, go ahead, Ovide.

**Chief Mercredi:** When people ask for something, such as in your case for the committee to go out and look at the health conditions of the Indian people, those are done in good faith.

**The Chairman:** Sorry?

**Chief Mercredi:** Those requests are made in good faith.

**The Chairman:** Yes.

**Chief Mercredi:** They're done at a time when we've assessed the situation in a certain way. But there's been a tremendous change since the Liberals have been in power. They held out the promise that they were going to be a new government for a new dawn for people in Canada. But what have they done?

They have adopted the Reform policy. They have become the Reform Party of Canada in the House of Commons. They have taken what the Conservatives have done in the past and they have refined these policies to suit their focus on the deficit. So the landscape has changed.

As a leader, I am obligated to assess what's going on and to take a new approach when the demand requires a new approach. I'm telling you right now that there's a real threat, that I see a real perceived threat to health services for the Indian people. I see a real threat to the rights issues about treaty rights. I see a real threat to the ability of our people to govern themselves, and that threat is coming from the Liberal government.

I'm saying to you now that when I see this, that's when I start saying things I'm saying to you right now. This committee, in my opinion, is not designed to help us. It should stay home; you just stay home. Don't raise expectations because we're going to fight you anyway. We're going to do it, I hope, with the help of the Bloc Party and the NDP, because those are the only two parties that I hear talking about protecting the health care system. Those are the only two parties that ever mention anything about dealing with the poor and preserving the needs and protecting the needs of the poor. So that's where it's at.

**The Chairman:** Well, again, I'm not sure, Ovide, that was a response to what I said. All I said was I wanted you to be aware as to what the origin of this subject was. It was not some PR exercise.

Secondly, I suspect you have some axes to grind and you may have some to grind with me as a Liberal, but insofar as this committee is concerned, the items, particularly—

**Chief Mercredi:** I don't have any axe to grind.

**The Chairman:** If I may finish, the last intervention—

**Chief Mercredi:** Understand one thing, Mr. Chairman—

**The Chairman:** You said several things and I want to say one thing.

**Chief Mercredi:** I'm not here to—

**The Chairman:** I want to say—

[Traduction]

**Le chef Mercredi:** Permettez-moi de vous répondre, tout d'abord.

**Le président:** Bien sûr, allez-y, Ovide.

**Le chef Mercredi:** Lorsque des gens demandent quelque chose, comme dans votre cas, que le Comité aille étudier les conditions de santé des Indiens, c'est de bonne foi.

**Le président:** Pardon?

**Le chef Mercredi:** Ces demandes sont de bonne foi.

**Le président:** Oui.

**Le chef Mercredi:** Elles ont lieu à un moment où nous avons fait une certaine évaluation de la situation. Mais il y a eu d'énormes changements depuis l'arrivée au pouvoir des libéraux. Ils ont promis un nouveau gouvernement pour une nouvelle époque pour les Canadiens. Mais qu'ont-ils fait?

Ils ont adopté la politique des réformistes. Ils sont devenus le parti réformiste du Canada à la Chambre des communes. Ils ont pris ce que les conservateurs ont déjà fait et ils ont raffiné ces politiques en fonction d'une insistance sur le déficit. Le paysage a donc changé.

Comme chef, je suis obligé d'évaluer ce qui se passe et d'adopter une nouvelle approche lorsque les circonstances l'exigent. Je vous le dis tout de go, il y a un phénomène assez réel, que je vois comme une menace réelle aux services de santé pour les Indiens. Je vois une menace réelle aux droits issus des traités. Je vois une menace réelle dans la capacité des nôtres à s'autogouverner, et cette menace vient du gouvernement libéral.

Lorsque je vois cela, c'est là que je commence à vous tenir le langage que je vous tiens à présent. Votre comité, à mon avis, n'est pas conçu pour nous aider. Restez donc chez-vous. Arrêtez de susciter de faux espoirs, car nous allons vous combattre de toutes façons. Nous allons le faire, je l'espère avec l'aide du Bloc et du NPD, qui sont les deux seuls partis que j'entends parler de protéger le régime de soins de santé. Ce sont les deux seuls partis qui parlent le moins du moins des pauvres, et de la protection des pauvres. C'est là qu'on en est.

**Le président:** Ma foi, encore une fois, je ne suis pas sûr, Ovide, que c'était une réponse à ce que j'ai dit. Je voulais tout simplement que vous sachiez quelle était la genèse de notre démarche. Ce n'est pas une partie de relation publiques.

En second lieu, j'ai l'impression que vous avez des comptes à régler, et que vous en avez peut-être à régler avec moi, comme libéral, mais pour ce qui est de notre comité, les éléments, surtout. . .

**Le chef Mercredi:** Je n'ai pas de comptes à régler.

**Le président:** Si vous permettez, la dernière intervention. . .

**Le chef Mercredi:** Comprenez bien une chose, Monsieur le président. . .

**Le président:** Vous avez dit plusieurs choses, et j'en ai une à dire.

**Le chef Mercredi:** Je ne suis pas ici pour. . .

**Le président:** Je veux dire que. . .

[Text]

**Chief Mercredi:** I don't have an axe to grind.

**The Chairman:** May I say something?

**Chief Mercredi:** I'm here to defend my people's rights, so don't misinterpret my intent or my purpose.

My purpose here is to protect my people's rights. You're there to protect the interests of the Liberal Party. I'm here to protect the interests of the first nations.

**The Chairman:** Ovide, in this capacity I'm here as the chairman of the committee. That's the point I was trying to make to you when you interrupted me. You may have some axes to grind with me as the Liberal or with the government. This is not the government you're talking to. This is an all-party standing committee and we're here to explore the possibility—

**Chief Mercredi:** Yes, with a majority of the Liberal Party to make sure that no recommendations are made that—

**The Chairman:** Well, you can assign motives all you want.

**Chief Mercredi:** —are contrary to the interests of the Liberal government.

**The Chairman:** That's your prerogative as well.

**Chief Mercredi:** Look, I've made appearances at standing committees many times before and I know how it works. I know how the standing committees work.

**The Chairman:** Okay.

**Chief Mercredi:** The government makes sure they have the majority.

**Mr. Daviault:** It does.

**Chief Mercredi:** To protect their agenda.

**The Chairman:** It's the system of government we have right now.

In this order, Paul and Harold.

**Mr. Szabo:** Mr. Chairman, Mrs. Ur did have a question. I think she was first on the list from the last round.

**The Chairman:** Okay. Rose-Marie, then Paul and then Harold.

• 1050

**Mrs. Ur:** Thank you, Mr. Chairman.

Thank you for your presentation. I'll just go over what I have written down.

You came here with a mixed mind and weren't convinced that we were thoroughly legitimate. I want to tell you that I am not a millionaire and I come here as a very sincere, previous health care professional interested in what we are about to take on in this overview. You weren't convinced. One of my questions to you is, what would convince you?

Also, you said there were 12 studies done in 1993. What was that funded through or how were those dollars achieved?

[Translation]

**Le chef Mercredi:** Je n'ai pas de comptes à régler.

**Le président:** Puis-je placer un mot?

**Le chef Mercredi:** Je suis ici pour défendre les droits des miens; ne vous méprenez pas sur mes intentions.

Je suis ici pour protéger les droits des miens. Vous êtes là pour protéger les intérêts du parti libéral. Je suis ici pour protéger les intérêts des premières nations.

**Le président:** Ovide, je suis ici comme président du Comité. C'est ce que j'essayais de vous expliquer lorsque vous m'avez interrompu. Vous avez peut-être des comptes à régler avec moi comme libéral, ou avec le gouvernement. Ce n'est pas au gouvernement que vous parlez. Vous parlez à un comité permanent et nous sommes là pour explorer la possibilité. . .

**Le chef Mercredi:** Oui, avec une majorité du parti libéral pour veiller à ce qu'il n'y ait pas de recommandations qui. . .

**Le président:** Ma foi, vous pouvez imputer tous les motifs que vous voudrez.

**Le chef Mercredi:** . . .seraient contraires aux intérêts du gouvernement libéral.

**Le président:** Libre à vous de le croire.

**Le chef Mercredi:** Écoutez, j'ai comparu maintes et maintes fois devant des comités permanents par le passé, et je connais le refrain. Je sais comment fonctionnent les comités permanents.

**Le président:** Très bien.

**Le chef Mercredi:** Le gouvernement prend soin d'être majoritaire.

**M. Daviault:** Oui, en effet.

**Le chef Mercredi:** Pour protéger son programme.

**Le président:** Tel est notre régime de gouvernement à l'heure actuelle.

Paul et Harold, dans cet ordre.

**M. Szabo:** Monsieur le président, M<sup>me</sup> Ur avait une question à poser. Je pense qu'elle était la première sur la liste au dernier tour.

**Le président:** Parfait, Rose-Marie, ensuite Paul, puis Harold.

**Mme Ur:** Merci, monsieur le président.

Merci de votre exposé. Je vais revoir mes notes.

Vous êtes venu ici avec beaucoup d'équivoque, sans être convaincu de notre totale légitimité. Je ne suis pas millionnaire, soyez-en sûr, et je viens ici en tant que personne très sincère, ancienne professionnelle des soins de santé, qui s'intéresse à ce que nous nous apprêtons à faire dans le cadre de ce tour d'horizon. Vous n'étiez pas convaincu. Je vous demande: «qu'est-ce qui vous convaincrail?

De même, vous avez dit qu'il y a eu 12 études en 1993. Quelles en étaient les sources de financement, ou encore comment avez-vous obtenu les fonds?



## [Texte]

You stated in some of your comments that public relations were more important than a study. As you ended, you stated that if this committee was only here for public relations, then don't waste your time and our time. So there's conflict there.

You said that previous recommendations were designed by bureaucrats in Ottawa. They never lived on the reserve. They didn't experience the experiences of the reserve.

So in your statement you're saying that the native people would not appreciate a health committee going to see what is happening on the reserves. So you're telling us, you don't know what's going on there but we don't want you to go there anyway. We can't have it both ways.

Would regional government be one of the answers, or would you prefer that the dollars be put in your hands and you could spend them more wisely than the government itself?

As to Mr. Linklater, does he have any stats as to the graduation of students from the reserves, the completion of the grade levels in the schools, and how many want to pursue a career in the health services? Thank you.

**Chief Mercredi:** You missed my point. My point is that if you go to our communities to help us, you can come to our communities. However, if you're just going to be a committee that's going to be used by the Liberal government for deficit retirement and while they're doing that in February you're still involved in hearings, don't come to us. I'm saying that out of respect, not to be mean spirited. I don't question your background or your qualities as a health care provider. I'm talking to you as a committee in terms of what you can do for first nations.

The chairman said to me that this is an all-party committee, so I assume that you are not bound by the policies of your parties, which, I think, will be a test in itself.

I'm not asking for the money to come to the AFN. I'm saying protect the programs that are there, I'm saying enrich the programs to meet the needs that are emerging in our communities, and I'm saying let the people do it, those who are the direct beneficiaries of these programs, the people in the communities. They're the ones who should be deciding what health care system they need. They're the ones who should be making decisions on how the resources are used, not the AFN, not the Government of Canada, and certainly not the regional offices of Health Canada or Indian Affairs.

I think also that when you start looking at the Liberal promise of an entirely new health care system, as a committee you're going to have to decide whether you're part of that process or not. Are you delivering the Liberal promise? Are you at the forefront of that promise? I don't know. Is that something separate and distinct that the Minister of Health has to decide? Up until now she has not announced anywhere that the Liberal government is going to fulfil that promise of creating a new health care system for us.

## [Traduction]

Vous avez dit dans certains de vos commentaires que les relations publiques avaient plus de poids qu'une étude. À la fin, vous nous avez demandé de ne pas vous faire perdre votre temps et de ne pas perdre le nôtre si notre comité n'existe qu'à des fins de relations publiques. Il y a donc contradiction dans vos propos de ce côté-là.

Vous avez dit que les recommandations antérieures ont été formulées par des bureaucrates à Ottawa qui n'ont jamais vécu dans des réserves ou qui n'ont pas connu la vie dans les réserves.

Donc, dans votre déclaration, vous dites que les Autochtones n'aimeraient pas qu'un comité de la santé aille voir dans les réserves ce qui s'y passe. Donc, vous nous dites: «vous ne savez pas ce qui se passe là, mais nous ne voulons pas vous y voir de toutes façons». Il faudrait se brancher.

La solution réside-t-elle au niveau d'un gouvernement régional, ou préféreriez-vous qu'on vous confie les fonds pour que vous puissiez les dépenser plus judicieusement qu'une administration publique?

Quant à M. Linklater, a-t-il des statistiques sur les étudiants des réserves qui terminent leurs études, sur la scolarité, sur le nombre de ceux qui veulent faire carrière dans les services de santé? Merci.

**Le chef Mercredi:** Vous ne m'avez pas compris. Si vous vous rendez chez nous pour nous aider, soyez les bienvenus. Cependant, si vous n'êtes qu'un comité de plus que le gouvernement libéral utilisera pour réduire le déficit et que vous risquez d'être encore à vos audiences lorsqu'il passera aux actes en février, ne venez pas nous voir. C'est par respect que je vous dis cela, et non pas par mesquinerie. Je ne mets pas en doute vos antécédents ni vos qualités de professionnelle des soins de santé. Je parle au Comité dans l'optique de ce que vous pouvez faire pour les premières nations.

Le président m'a dit que vous êtes un comité multipartite et je suppose donc que vous n'allez pas être liés par les politiques de vos partis, ce qui, à mon sens, serait déjà un exploit.

Je ne demande pas que l'argent soit versé à l'APN. Je vous demande simplement de protéger les programmes en place, d'enrichir les programmes qui répondent aux besoins qui se manifestent dans nos communautés, de laisser les gens le faire, les gens qui sont les bénéficiaires directs de ces programmes, les collectivités elles-mêmes. Ce sont ces gens-là qui devraient décider du régime de soins de santé dont ils ont besoin. Ce sont eux qui devraient prendre les décisions sur l'utilisation des ressources, et non pas l'APN, pas plus que le gouvernement du Canada, et certainement pas les bureaux régionaux de Santé Canada ou des Affaires indiennes.

De même, lorsque vous vous mettez à examiner la promesse libérale d'un régime de soins de santé entièrement nouveau, vous aurez à décider si vous emboîtez le pas ou non. Êtes-vous là pour tenir la promesse libérale? Êtes-vous l'avant-garde de cette démarche? Je l'ignore. Est-ce là quelque chose de distinct, dont décidera la ministre de la Santé? Elle n'a jusqu'à présent annoncé nulle part que le gouvernement libéral a l'intention de tenir cette promesse de créer d'un nouveau régime de soins de santé pour nous.



## [Text]

Now the committee is going to go out there. Is this committee the vanguard of that promise? I don't know. What is your link as a committee to the red book commitment for a better health care system for aboriginal people, if any?

## [Translation]

Et voilà que le Comité se met en mouvement. Est-ce lui qui va être la tête de pont pour réaliser cette promesse? Je l'ignore. Dans quelle mesure le Comité est-il là pour donner suite à l'engagement du Livre rouge, à la promesse d'un meilleur régime de soins de santé pour les Autochtones?

• 1055

If you want some data on education offered, we'll provide it to you.

**Mr. Alfred Linklater (Director of Education, Assembly of First Nations):** In response to your question, approximately 17% of 633 communities across the country have access to high school, so when we talk about accessibility and equity of the educational system, it's just not there for the native community. Approximately 283 communities across the country don't have schools of any kind.

You asked about the completion rate of students across the country. Approximately 35% of our students who go into high school graduate. We still require an increase in those numbers to come anywhere near the graduation rate of students in the non-Indian community.

Of those people who enter the health services programs in the science areas, there has been an increase in students who go directly from high school to university for science-related careers. I don't have the exact number right now, but it is increasing.

We have, as an example, 52 medical doctors of aboriginal descent across the country, which is not even close in comparison to the non-native community. We have a long way to go, and a lot of it has to do with access to educational facilities for first nations across the country. Our people have to go outside of their communities for education, and the support systems available to them in a non-Indian community do not necessarily address their immediate needs. As a result, the numbers and percentages I'm giving you are quite low compared to the rest of the country.

**Mme Picard:** Bonjour. Le Bloc québécois comprend vos inquiétudes concernant la valeur du travail du Comité. J'aimerais vous dire que nous nous sommes ralliés à cette étude-là. Mais aussi, je voudrais vous assurer que nous nous opposons fortement aux coupures dans les programmes sociaux. Nous sommes contre les coupures. Vous pouvez donc être sûrs que nous sommes ouverts à tous les problèmes qui vous concernent. Nous souhaitons votre collaboration à ce Comité, et j'aimerais aussi vous dire que nous n'accepterons pas que le travail que nous effectuons soit un simple travail de relation. Merci beaucoup.

**Chief Mercredi:** It's interesting that the separatist party, which is dedicated to creating its own country, is the only party interested in preserving a social security system in Canada. What am I going to do when you leave?

Some hon. members: Hear, hear!

S'il vous faut des données sur l'éducation, nous vous en fournissons.

**M. Alfred Linklater (directeur des services éducatifs, Assemblée des premières nations):** En réponse à votre question, seulement 17 p. 100 environ des 633 communautés autochtones du pays sont dotées d'une école secondaire. On ne peut donc pas vraiment parler d'accessibilité à l'éducation et d'égalité en cette matière pour ce qui est des Autochtones. Environ 283 communautés autochtones du pays n'ont pas d'école du tout.

Vous avez demandé quel était le pourcentage des étudiants autochtones à terminer leurs études. Environ 35 p. 100 terminent le secondaire. C'est un écart marqué par rapport à la situation chez les non-Autochtones.

On constate par ailleurs une augmentation du nombre d'étudiants qui passent directement de l'école secondaire à l'université et qui s'inscrivent dans des programmes d'études dans le domaine de la santé et des sciences. Je n'ai pas de chiffres exacts à vous donner, mais ce nombre augmente.

À titre d'exemple, il y a 52 médecins d'origine autochtone dans le pays, un chiffre qui ne se rapproche même pas de ce qu'il est dans le reste de la population. Nous avons encore beaucoup de chemin à faire et il s'agit, à cet égard, d'abord d'accroître le nombre d'établissements dans les communautés autochtones. Nos gens doivent s'exiler pour poursuivre leurs études et les services de soutien qu'offrent les localités non-autochtones ne répondent pas nécessairement à leurs besoins immédiats. Voilà ce qui explique que les nombres et les pourcentages que je viens de vous donner sont si faibles par rapport aux nombres et aux pourcentages qui s'appliquent au reste de la population.

**Mrs. Picard:** Good day. The Bloc Québécois shares your concerns about the value of the committee's work. I would like you to know that we have endorsed that study. I would also like to assure you that we are firmly opposed to cuts in social programs. We are against those cuts. I want to assure you that we understand your concerns. We hope to have your cooperation and we will not accept that the committee only act as a go-between. Thank you very much.

**Le chef Mercredi:** C'est intéressant de constater que le parti séparatiste, qui souhaite créer son propre pays, soit le seul parti qui veuille préserver le système de sécurité sociale du Canada. Que vais-je faire lorsque vous ne serez plus là?

Des voix: Bravo, bravo!

[Texte]

**Chief Mercredi:** Where are we going to turn? I don't want to take your remarks lightly. I thank you for your encouragement, but I'm still not convinced the committee can offset the decisions that have obviously been made by Mr. Martin and maybe others in the Liberal government to heal the deficit—not heal the people, but heal the deficit.

• 1100

They have the support of Reform. In fact, the Reform want more. You say that even though you're the official opposition in the House of Commons, you can't deliver for us if the Liberal government is committed to this course of action toward deep cuts. That's what it promised: deep cuts.

I'll give you a little bit of information just so you know my fear is based on some fact, not just speculation.

My first meeting with the Minister of Finance, along with other aboriginal people, was last February. At that meeting, without exception, the aboriginal people sang the same song: spare the aboriginal programs. Make sure that when you retire the deficit and you begin to cut back on social spending, you don't affect aboriginal programs.

The response was clearly that everybody has to share in the pain. My remark to the minister then—it's the same to you—is this: we have too much pain already. We don't want to share any more pain; we want to get out of it.

I'm not one who is optimistic. I think the Liberal agenda during the election and the Liberal agenda now are two different things, like day and night. Its goal is a goal of the previous Conservative government and the goal of the Reform Party in dealing with the debt of Canada to retire the deficit. That's the goal.

What Lloyd Axworthy is doing in terms of the social security system is part of that retirement of the deficit plan. Our participation during that process is not guaranteed yet either, because we have not said we will be part of it. We're still waiting to see what the government will do before we decide to be involved in that.

The only power we have as aboriginal people is the power of non-cooperation. We don't have a majority in the House of Commons to put our will across. We don't have a party in the House of Commons dedicated to the protection of our rights.

All we can do, when we can create that opportunity nationally, is to resist. It is the power to resist through non-cooperation.

We'll work with this committee if it's genuinely set up to help us. However, if you just spin your wheels like everybody else because the decisions have already been made by the Minister of Finance and by Axworthy, then my advice to the chiefs will be to not work with this group because you will be just creating false expectations and raising hopes for young people, with no results. That will be my position.

**The Chairman:** I'm sorry. We have the signal. We have to terminate it right there because this other committee has already waited 10 additional minutes.

[Traduction]

**Le chef Mercredi:** Vers qui allons-nous nous tourner? Je ne prends pas vos remarques à la légère. Je vous remercie de vos encouragements, mais je continue de douter que le Comité puisse renverser la décision qu'ont de toute évidence prise M. Martin et peut-être d'autres membres du gouvernement libéral, à savoir de «guérir le déficit» plutôt que de guérir les gens.

Ils peuvent compter sur l'appui du parti réformiste. En fait, le parti réformiste réclame même davantage. Vous faites remarquer que même si votre parti constitue l'opposition officielle à la Chambre des communes, vous ne pouvez rien pour nous si le gouvernement libéral tient absolument à effectuer d'importantes compressions budgétaires. Or, c'est effectivement ce qu'il a promis de faire.

J'aimerais vous démontrer que mes craintes se fondent sur des faits, et pas seulement sur des suppositions.

Comme d'autres dirigeants autochtones, j'ai rencontré le ministre des Finances pour la première fois en février dernier. Lors de cette réunion, tous les intervenants autochtones réclamaient la même chose, soit qu'on épargne les programmes destinés aux Autochtones. Ils ont réclamé que lorsque le gouvernement s'attaquera au déficit et réduira les dépenses sociales, il ne s'en prenne pas aux programmes destinés aux Autochtones.

Le ministre leur a clairement répondu que chacun devait faire sa part. J'ai dit au ministre la même chose qu'à vous: nous avons déjà suffisamment donné. Nous ne pouvons faire davantage; il faut qu'on nous épargne.

Moi, je ne suis pas un optimiste. Je crois que le parti libéral nous a présenté, durant la campagne électorale, un programme qui diffère beaucoup de son programme actuel. C'est comme le jour et la nuit. Comme le gouvernement conservateur qui l'a précédé, ainsi que le parti réformiste, l'objectif du gouvernement libéral est simplement d'éliminer le déficit. Voilà son but.

La réforme du système de sécurité sociale proposée par Lloyd Axworthy n'est qu'un élément du plan en vue d'éliminer le déficit. Nous ne nous sommes pas encore engagés à participer à ce processus. Nous attendrons de voir ce que compte faire le gouvernement.

Le seul pouvoir dont disposent les Autochtones, c'est de refuser leur coopération. Nous ne jouissons pas d'une majorité à la Chambre des communes pour imposer notre volonté. Il n'existe pas aux Communes un parti dont la mission est de protéger nos droits.

Tout ce que nous pouvons faire, s'il y a accord à l'échelle nationale, c'est d'opposer une résistance. Notre résistance prend la forme d'une absence de coopération.

Nous allons collaborer avec le comité s'il veut vraiment nous aider. Mais si vous ne faites que du sur-place comme tout le monde parce que les décisions ont déjà été prises par le ministre des Finances et par Axworthy, je conseillerai aux chefs autochtones de ne pas collaborer avec vous, car cela ne ferait que susciter des attentes indues et de faux espoirs chez nos jeunes. Voilà quelle sera ma position.

**Le président:** Je regrette, mais je dois lever la séance parce qu'un autre comité doit siéger dans cette salle. Nous avons déjà fait attendre ses membres dix minutes.

*[Text]*

Ovide, I want to thank you and your colleagues for coming. Thank you very much.

The meeting is adjourned.

*[Translation]*

Ovide, je tiens à vous remercier ainsi que vos collègues d'être venus.

La séance est levée.

---





**MAIL  POSTE**

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

**Lettermail****Poste – lettre****B801320  
OTTAWA***If undelivered, return COVER ONLY to:*Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9*En cas de non-livraison,**retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9**WITNESSES***From the Native Women's Association of Canada:*Amy Angeconeb, Executive Director;  
Claudette Dumont-Smith, Health Specialist.*From the Congress of Aboriginal Peoples:*Darliea Dorey, Vice-President;  
Diane Jardine, Director of Justice;  
Dan Ryan, Executive Director.*From the Assembly of First Nations:*Ovide Mercredi, National Chief;  
Alfred Linklater, Director of Education;  
Keith Conn, Environment Co-ordinator;  
Maxine Cole, Co-ordinator of the EAGLE Project.**TÉMOINS***De l'Association des femmes autochtones du Canada:*Amy Angeconeb, directrice exécutive;  
Claudette Dumont-Smith, spécialiste en santé.*Du Conseil national des autochtones:*Darliea Dorey, vice-présidente;  
Diane Jardine, directrice de la justice;  
Dan Ryan, directeur exécutif.*De l'Assemblée des Premières nations:*Ovide Mercredi, chef national;  
Alfred Linklater, directeur de l'éducation;  
Keith Conn, coordonnateur de l'environnement;  
Maxine Cole, coordonnateur du projet EAGLE.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

C41  
XC28  
-H 39

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 16

Thursday, October 20, 1994

Chair: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 16

Le jeudi 20 octobre 1994

Président: Roger Simmons

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*      *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Health

## Santé

---

### RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), considering of a study on the health of aboriginal peoples of Canada

### CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, considération d'une étude concernant la santé des autochtones du Canada

---

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)





## STANDING COMMITTEE ON HEALTH

*Chair:* Roger Simmons

*Vice-Chairs:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Members

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Associate Members

Madeleine Dalphond-Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
John Murphy  
Andy Scott

(Quorum 6)

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

*Président:* Roger Simmons

*Vice-présidents:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Membres

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Membres associés

Madeleine Dalphond-Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
John Murphy  
Andy Scott

(Quorum 6)

*La greffière du Comité*

Nancy Hall

## MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, OCTOBER 20, 1994  
(25)

[Text]

The Standing Committee on Health met at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 253-D, Centre Block, the Chairman, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Associate Member present:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Bill Murray, Research Officers.

*Witnesses: From the Métis National Council:* Gerald Morin, President; Gerald Thom, President, Métis Nation of Alberta; Marc LeClair, Chief Administrative Officer; Diane Kinnon, Health Consultant. *From the Métis National Council of Women:* Sheila Genaille, President; Lucille McLeod, Alberta Métis Women; Marc LeClair, Chief Administrative Officer, Métis National Council. *From Pauktuutit (Inuit Women's Association):* Martha Flaherty, President; Roda Grey, Health Co-ordinator; Tracy O'Hearn, Special Assistant.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to the consideration of a study on the health of aboriginal Canadians (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

Gerald Morin and Gerald Thom, from the Métis National Council, made opening statements and together with the witnesses answered questions.

At 9:45 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 9:50 o'clock a.m., the sitting resumed.

Sheila Genaille, from the Métis National Council for Women, made an opening statement and together with the witnesses answered questions.

At 10:00 o'clock a.m., the Chairman left the Chair and Mr. Ovid Jackson, the Vice-Chair, presided.

At 10:15 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:20 o'clock a.m., the Chairman returned to the Chair and the sitting resumed.

Martha Flaherty and Roda Grey from Pauktuutit (Inuit Women's Association) made opening statements and answered questions.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

Clerk of the Committee

## PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 20 OCTOBRE 1994  
(25)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à 9 h 10, dans la salle 253-D de l'édifice du Centre, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Membre associé présent:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Bill Murray, attachés de recherche.

*Témoins: Du Conseil national des Métis:* Gerald Morin, président; Gerald Thom, président, Métis Nation of Alberta; Marc LeClair, directeur administratif général; Diane Kinnon, consultante en santé. *Du Conseil national des femmes Métisses:* Sheila Genaille, présidente; Lucille McLeod, Alberta Métis Women; Marc LeClair, directeur administratif général, Conseil national des Métis. *De Pauktuutit (Association des femmes Inuit):* Martha Flaherty, présidente; Roda Grey, coordonnatrice de la santé; Tracy O'Hearn, assistante spéciale.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend son étude sur la santé des peuples autochtones (*voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*).

Gerald Morin et Gerald Thom, du Conseil national des Métis, font un exposé et, avec les autres témoins, répondent aux questions.

À 9 h 45, la séance est suspendue.

À 9 h 50, la séance reprend.

Sheila Genaille, du Conseil national des femmes Métisses, fait un exposé puis, avec les autres témoins, répond aux questions.

À 10 heures, le vice-président, Ovid Jackson, remplace le président.

À 10 h 15, la séance est suspendue.

À 10 h 20, la séance reprend, le président au fauteuil.

Martha Flaherty et Roda Grey de Pauktuutit (Association des femmes Inuit) font des exposés et répondent aux questions.

À 11 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à l'appel du président.

La greffière du Comité

Nancy Hall

[Text]

**EVIDENCE**

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, October 20, 1994

[Translation]

**TÉMOIGNAGES**

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 20 octobre 1994

● 0909

**The Chairman:** Order, please. Good morning, all. Let me welcome the witnesses for our first segment this morning from the Métis National Council.

Gerald, I guess you're the boss here this morning by the look of things. Welcome, and please introduce your team.

**Le président:** Bonjour à tous. Je déclare la séance ouverte et souhaite la bienvenue à nos premiers témoins du Conseil national des Métis.

Gerald, d'après ce que je vois, c'est vous qui allez ouvrir le bal. Bienvenue, et veuillez nous présenter vos collègues.

● 0910

**Mr. Gerald Morin (President, Métis National Council):** Good morning, ladies and gentlemen. My name is Gerald Morin. I'm president of the Métis National Council. With me this morning is Gerald Thom, president of the Métis Nation of Alberta; Marc LeClair, chief administrative officer of the Métis National Council; and a couple of our technicians who did some work for us in the past few months in this area, Diane Kinnon and Alastair McPhee. So that's our delegation.

**The Chairman:** Thank you, Gerald. In a moment I'm going to invite you on behalf of the committee to make any brief opening statement you may have. I would like to save some time so that we can have an exchange.

Before doing that, let me say thank you to your organization, particularly to Marc and Alastair, because it was as a result of a meeting we three had that your suggestion that the committee look at this particular issue came forward and, as you know, the committee has since decided to do so.

It's important to have that on the record in view of last day's discussion in which this whole exercise was characterized as a public relations effort in which we were the puppets and others were the puppeteers. In this case, you're the puppeteer. You pulled the string on this one, or at least made the recommendation. Thank you very much. Do you have an opening statement, Gerald?

**Mr. Morin:** Yes, I do. Thank you very much.

I'd just like to give a bit of an historical overview and indicate where we feel we are right now and where we think we want to go in the future in terms of the whole issue of health care. At the same time I'll maybe try to touch on some broader issues to give context to what we're going to be discussing here this morning.

Some of you may be aware that Métis people in this country of Canada have historically and, in my view, systematically been discriminated against and have suffered the effects of racism, particularly when we're talking about institutional discrimination against a peoples.

The Constitution of Canada recognizes three aboriginal peoples. It also affirms the existing aboriginal and treaty rights of the aboriginal peoples of Canada. In section 35 it says that the aboriginal peoples of Canada are the Indian, Inuit, and Métis peoples. To me, that is the foundation in terms of who the aboriginal peoples of Canada are.

**M. Gerald Morin (président, Conseil national des Métis):** Mesdames et messieurs, bonjour. Je m'appelle Gerald Morin et je suis président du Conseil national des Métis. Je suis accompagné ce matin de Gerald Thom, président de la «Métis nation of Alberta»; de Marc LeClair, directeur administratif principal du Conseil national des Métis; et de deux techniciennes qui nous ont aidés au cours des derniers mois dans nos travaux, Diane Kinnon et Alastair McPhee. Voilà pour notre délégation.

**Le président:** Merci, Gerald. Dans un instant, je vous inviterai à nous faire une brève déclaration, si vous en avez une, après quoi j'aimerais bien que nous puissions discuter avec vous.

Laissez-moi remercier d'entrée de jeu Marc et Alastair grâce à qui, à la suite d'une réunion, notre comité a décidé de se pencher sur la question dont nous sommes saisis.

Si je tiens à le préciser au départ, c'est parce qu'à la dernière réunion, on nous a reproché de faire de toute cette étude un effort de relations publiques et on nous a reproché d'être même des marionnettes. En l'occurrence, c'est vous qui êtes les marionnettistes puisque c'est vous qui nous avez recommandé cette étude au départ, ce dont nous vous remercions. Gerald, avez-vous quelque chose à nous dire?

**M. Morin:** Certainement, et merci beaucoup.

Laissez-moi tout d'abord faire un survol historique de la situation et vous expliquer quels sont nos objectifs en matière de soins de santé. J'essaierai également d'aborder d'autres questions plus vastes qui pourront peut-être nous aider dans nos discussions de ce matin.

Certains d'entre vous savent sans doute que les Métis du Canada ont de tout temps et, à mon avis, systématiquement, été victimes de discrimination de racisme, particulièrement de la part des institutions canadiennes.

La Constitution du Canada reconnaît trois peuples autochtones et confirme les droits ancestraux existants de même que les droits issus de traités des peuples autochtones du Canada. L'article 35 stipule que les peuples autochtones du Canada sont les Indiens, les Inuit et les Métis. Voilà, quant à moi, la définition sur laquelle tout se fonde au Canada.



## [Texte]

We must always go back to that, especially when you have documents such as the red book, which is a very important document for the Liberal Party in terms of its election promises. When you review that document, the cornerstone of it is of course section 35. So whenever the term "aboriginal" is used within the red book, we of course interpret that to parallel the term "aboriginal" in section 35 of the Constitution, which would include the Métis people and the Métis Nation.

I think it was a significant gain for our people when the Constitution was patriated in 1982 with the inclusion of section 35, and I think it's with that backdrop that you have to keep in mind that historically Métis people have not been treated fairly and equitably by successive governments.

When the term "aboriginal" was used, by and large it meant first nations and maybe to a lesser extent Inuit people. Our people for some reason have fallen through the cracks. That has happened in terms of government practices and policies for many, many years. I was quite encouraged with what was in the red book, which I feel was incorporated into the throne speech in January of this year where the federal government talked about striking a new partnership and a new relationship with the aboriginal peoples of Canada.

So when we proceed in a number of program sectors, whether we're talking about social security reform, social housing, or the whole area of health, when it comes to aboriginal people we were quite encouraged initially because we felt that the federal government was heading in the right direction and we hope they are still continuing to head in the right direction in terms of striking this new relationship with aboriginal people, which would include the Métis.

However, in the past few months we've been somewhat dismayed and disappointed because we feel that the federal government and the Minister of Health, in announcing some of the initiatives and programs, haven't kept in tune with the spirit of the red book and the throne speech.

● 0915

We were somewhat disappointed, for example, when a couple of weeks ago the Minister of Health announced \$243 million to be allocated over five years to aboriginal peoples. We were disappointed because although they used the term "aboriginal", that \$243 million will go exclusively to first nations and Inuit people. No moneys whatsoever will be made available to the Métis.

That is disappointing because when you look at that kind of allocation, the money is to be used for addressing issues such as mental health, solvent abuse, home-care nursing and other priorities that would be identified by first nations and Inuit communities. These problems are just as prevalent, if not more prevalent, in Métis communities. If you look at the paper that was done by Diane Kinnon, which is probably the only comprehensive research paper in the history of Canada bringing together statistics, facts and information on Métis people and health, it paints a very grim picture of the health care situation of our peoples throughout this country.

## [Traduction]

Vous ne devez jamais oublier ces fondements, particulièrement lorsque vous vous reportez au Livre rouge qui est le document de base du Parti libéral puisqu'il contient ses promesses électorales. Vous devriez savoir que la pierre angulaire de ce document, c'est l'article 35; autrement dit, chaque fois que le Livre rouge parle des autochtones, il faut avoir à l'esprit la définition qu'en donne l'article 35 de la Constitution, définition qui inclut le peuple et la nation métis.

Le rapatriement de la Constitution en 1982 et l'inclusion de l'article 35 ont représenté une victoire importante pour notre peuple, et c'est avec cette toile de fond que vous devez comprendre l'inéquité avec laquelle les Métis ont été traités de tout temps par les gouvernements successifs.

En effet, chaque fois qu'on parlait d'autochtones, on pensait en gros aux Premières nations et un peu aussi aux Inuit. On oubliait complètement les Métis, comme l'ont prouvé les diverses pratiques et politiques établies par le gouvernement pendant de nombreuses années. J'ai été très encouragé par la lecture du Livre rouge et par le discours du Trône de janvier dernier dans lequel le gouvernement fédéral parlait de l'opportunité de conclure un nouveau partenariat avec les peuples autochtones du Canada.

Que l'on songe à la réforme de la sécurité sociale, au logement social ou même à l'ensemble des programmes de santé, la nation métisse a été au début extrêmement encouragée par la réorientation du gouvernement fédéral et espérait que ce dernier maintiendrait son cap et confirmerait cette nouvelle relation qu'il avait annoncée avec les peuples autochtones, y compris les Métis.

Toutefois, notre enthousiasme s'est refroidi au cours des derniers mois: nous avons en effet l'impression que le gouvernement fédéral, par le biais de sa ministre de la Santé, ne respectait pas l'esprit du Livre rouge ni celui du discours du Trône dans ses nouvelles initiatives et ses nouveaux programmes.

Ainsi, il y a quelques semaines, nous avons été déçus d'entendre la ministre de la Santé annoncer que 243 millions de dollars sur cinq ans seraient versés aux peuples autochtones. En effet, même si le terme «autochtone» a été utilisé, cet argent ira exclusivement aux Premières nations et aux Inuit. Autrement dit, les Métis ne recevront rien.

Tout cela est très décevant si l'on songe que ces sommes sont destinées à contrer les problèmes de santé mentale, ou d'abus par inhalation de vapeurs de solvants, et sont aussi destinées aux soins à domicile et à d'autres priorités qu'identifieront les Premières nations et les Inuit. Or, ces problèmes existent tout autant, sinon plus, chez les communautés métisses. Regardez ce qu'en dit Diane Kinnon dans ce qui est sans doute la recherche la plus exhaustive jamais faite au Canada sur la santé du peuple métis: ce document de recherche, émaillé de statistiques et de nombreux faits, brosse un tableau très sombre de la santé de notre peuple, où qu'il soit au Canada.

[Text]

On a broader scale, last fall or a year ago the Métis National Council submitted its final report to the Royal Commission on Aboriginal Peoples. It documents the hard facts and figures to show what we've always believed for some time, that the Métis Nation and the Métis peoples are the most socially and economically disadvantaged people in Canada. We are absolutely scraping the bottom of the barrel in terms of our social and economic status in this country.

When you take Diane Kinnon's report and the Métis National Council's broader report on a whole variety of issues including health care, it goes to show the grim realities within our communities. It's very disappointing to see those kinds of programs being announced and none of the moneys being allocated to our people, especially when we're supposed to be striking a new relationship with aboriginal peoples, as was mentioned in the throne speech.

I really hope this committee will put some pressure on or talk to their colleagues within the federal government and the Minister of Health to ensure that the new partnership we speak of, the new relationship, is in fact implemented when it comes to program dollars and initiatives that will make a real difference in the lives of our people.

Keep in mind that when somebody needs a new pair of teeth or is having some kind of health care problem in their community, it doesn't matter whether they're first nations or Inuit or Métis people—those people are suffering and those things must be taken into consideration. For example, the suicide rate in Métis communities is just as great as in any community across this country. We have to find ways to address it. The \$243 million that was announced would have been a good way to begin addressing some of those issues.

There are other programs in which we hope we will get a fair and equitable share of dollars so we can begin to address those problems within our communities. For example, there was the Canadian action plan for children allocating \$200 million over five years. We have a tremendous young population within our Métis communities. We have a lot of children who are in need, and we hope that once again there will be fair and equitable treatment for our people. There was also the prenatal nutrition program where they announced \$85 million over four years, and of course there is the aboriginal head-start program in which \$100 million will be allocated over the next four years. These are the sorts of things this committee has to keep in mind.

In spite of the rough treatment we have gotten in Canada for well over 200 years now, the Métis spirit is still alive and well. We're still prepared to reach out and embrace Canadians and federal and provincial governments and work in a partnership to solve these problems for our people, for our communities and for Canada as a whole.

I know it is one of the major priority policy initiatives of the federal government to reduce the deficit. We all realize we have to reduce the deficit, because if we don't begin to reduce the deficit, it's not only going to be your children, but our children as well, who are going to have to pay in the future in terms of the horrendous costs that go to servicing the deficit and not being able to have a proper social safety net and help generate the economy.

[Translation]

Sur une échelle plus vaste, je vous rappelle qu'il y a environ un an, le Conseil national des Métis soumettait son rapport final à la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. Ce rapport, étayé lui aussi de faits et de chiffres, démontrait ce que nous savons déjà depuis longtemps: à savoir que la nation et les peuples métis sont ceux qui sont les plus désavantagés au Canada du point de vue social et économique. Nous sommes au bas de l'échelle: nous avons le statut social et économique le plus faible de tous les Canadiens.

Le rapport de Diane Kinnon et celui du Conseil national des Métis—qui portent tous deux sur toute une gamme de sujets y compris la santé—dépeignent la triste réalité que vivent nos collectivités. Voilà pourquoi nous sommes déçus que le gouvernement annonce des programmes de ce genre en nous laissant pour compte, surtout si l'on songe qu'il a mentionné dans son discours du Trône son intention de conclure un nouveau partenariat avec tous les peuples autochtones.

J'espère sincèrement que le comité exercera certaines pressions sur le gouvernement fédéral et sur la ministre de la Santé pour que ce nouveau partenariat s'applique à tous les peuples autochtones, puisque les initiatives mentionnées et les sommes visées feront toute la différence du monde dans la vie de nos gens.

Peu importe que vous soyez Inuk, Métis ou Indien d'une Première nation: si vous devez vous faire soigner les dents ou que vous êtes en mauvaise santé, vous souffrez l'un autant que l'autre, ne l'oubliez pas. Ainsi, le taux de suicide dans les localités métisses est tout aussi élevé que dans n'importe quelle autre localité au Canada. C'est un problème auquel on doit remédier, et les 243 millions de dollars qui ont été annoncés auraient été un pas dans la bonne direction.

Nous espérons également obtenir une part juste et équitable des sommes prévues aux autres programmes pour pouvoir commencer à aider nos collectivités. Ainsi, le plan d'aide aux enfants du Canada prévoit 200 millions de dollars sur cinq ans. Or, nos collectivités métisses comptent énormément de jeunes qui sont dans le besoin et pour qui nous espérons un traitement juste et équitable. Prenez le programme de nutrition pré-natale qui prévoit 85 millions de dollars versés sur quatre ans, ainsi que le programme «Bon départ» pour les autochtones qui prévoit quant à lui 100 millions de dollars à verser sur quatre ans. Voilà le genre de programmes qui nous intéressent, sachez-le.

Malgré le mauvais traitement que nous inflige le Canada depuis maintenant plus de 200 ans, les Métis ont toujours gardé la même ardeur. Nous sommes toujours disposés à ouvrir les bras aux Canadiens, ainsi qu'aux gouvernements fédéral et provinciaux, dans le but de travailler de concert avec eux pour résoudre les problèmes qu'ont à traverser notre peuple, nos collectivités et l'ensemble du Canada.

Je sais que le gouvernement fédéral s'est fixé comme première priorité la réduction du déficit. Nous comprenons qu'il faut réduire le déficit, parce que si nous ne réduisons pas le déficit, ce seront non seulement vos enfants mais aussi les nôtres qui en paieront le prix exorbitant et qui ne disposeront pas du filet de sécurité sociale nécessaire pour assurer la croissance économique.



[Texte]

[Traduction]

● 0920

I think there are ways we can combat that. Instead of spending all of that money to keep our people in a state of dependency and in that social and economic status that I spoke of, I think we have to find creative and innovative ways, being inclusive of the Métis, to say, how do we get these people off welfare? How do we get them off UIC? How do we get them to be less dependent on health care services? After all, the dependency for these kinds of services and programs stems from the root cause of poverty, unemployment and alienation in our communities.

We are prepared to work in partnership to turn that situation around in the future so that we can get our people working and contributing to the social and economic life of this country.

Those are just some of the things that I wanted to remind you about.

As well, there was a recommendation in what was called a tripartite report in which the federal and provincial governments and national aboriginal organizations were involved. They made a report about six months ago with a number of recommendations that have yet to be implemented. But one of the things mentioned in there is the jurisdictional issue, the jurisdictional limbo in which our people find themselves that has to be resolved in some way.

Some of you are aware that Métis people have been thrown back and forth between federal and provincial governments. The federal government, over a number of years, has steadfastly refused to accept responsibility for dealing with the Métis Nation in this country. They have that responsibility under subsection 91.(24) of the Constitution Act, 1867, and they also have a fiduciary obligation, as was confirmed by the Supreme Court of Canada a couple of years ago, to deal fairly and in the best interests of all aboriginal peoples.

That jurisdictional limbo has to be resolved because both levels of government use it as a smokescreen for inaction, for not dealing with our people, whether it comes to dealing with land rights, self-government issues or basic programs and services for addressing the basic needs of our people in our communities. That issue must be resolved.

Again, I would really encourage you to look seriously at that report of the tripartite committee and begin implementing some of those recommendations as well as some of the recommendations that were identified by Diane in our report.

I'll end there because I'd like other people to make a presentation as well. As the chair mentioned, I wouldn't mind getting into the question and answer part or dialogue in the next few minutes. Thank you.

**The Chairman:** Gerald, I'm glad you brought that up because the other presentations and the dialogue are all going to take place in about 15 minutes. We would like to have an opportunity to put some questions to you as well. Thanks very much.

Je crois que certaines solutions s'offrent à nous. Plutôt que de dépenser de l'argent pour maintenir la dépendance de notre peuple et les piètres conditions sociales et économiques dans lesquelles il vit, nous devons trouver des façons créatives et innovatrices de faire participer les Métis. Comment pouvons-nous les amener à ne plus dépendre de l'aide sociale? Comment leur faire abandonner l'assurance-chômage? Comment pouvons-nous les encourager à être moins dépendants des services de soins de santé? Après tout, c'est la pauvreté, le chômage et l'aliénation de nos collectivités qui mènent à la dépendance de ce genre de services et de programmes.

Nous sommes disposés à établir des partenariats pour renverser la vapeur de sorte que notre peuple travaille et contribue à la vie économique et sociale de ce pays.

Je voulais seulement vous rappeler ces deux ou trois choses.

Par ailleurs, j'aimerais vous parler d'une recommandation qui figurait dans ce qu'on a appelé le rapport tripartite d'un comité regroupant les gouvernements fédéral et provinciaux et les organisations autochtones nationales. Ce comité a rendu public, il y a environ six mois, un rapport contenant bon nombre de recommandations qui n'ont pas encore été mises en oeuvre. On y disait notamment que la question de la compétence devait être réglée au plus tôt.

Certains d'entre vous savent que, lorsque vient le temps d'assumer la responsabilité des Métis, les gouvernements fédéral et provinciaux se lancent la balle. Pendant longtemps, le gouvernement fédéral a carrément refusé d'assumer sa responsabilité à l'égard de la nation métisse du pays. Or, il s'agit d'une compétence fédérale aux termes du paragraphe 91(24) de la Loi constitutionnelle de 1867; le gouvernement fédéral a aussi une obligation fiduciaire à l'égard des Métis, comme l'a confirmé la Cour suprême du Canada il y a quelques années, c'est-à-dire l'obligation d'agir en toute justice et dans l'intérêt de tous les peuples autochtones.

Cette question de la compétence doit être réglée, parce que les deux paliers de gouvernement s'en servent pour rester inactifs, pour ne pas s'occuper de nous, qu'il s'agisse de droits fonciers, d'autonomie gouvernementale ou de services et de programmes de base pour répondre aux besoins fondamentaux de nos collectivités. Il faut régler cette question.

Encore une fois, je vous encourage à étudier attentivement le rapport du comité tripartite et d'amorcer la mise en oeuvre de certaines des recommandations qui y figurent, ainsi que des recommandations formulées par Diane dans notre rapport.

Je m'arrête ici parce que je sais que mes collègues aimeraient aussi faire quelques remarques. Comme l'a dit le président, nous aimerions bien répondre à vos questions et dialoguer avec vous pendant quelques minutes. Merci.

**Le président:** Gerald, je suis heureux que vous y fassiez allusion parce que nous n'avons plus que 15 minutes pour les autres exposés et la période de questions. Nous aimerions beaucoup vous poser des questions. Merci beaucoup.



## [Text]

Go ahead, Gerald. I'm just saying, whatever you're doing there, do it quickly because we need some time too.

**Mr. Gerald Thom (President, Métis Nation of Alberta):** Thank you very much, Mr. Chairman, committee members. It's definitely a great opportunity. I want to thank the committee for also taking the opportunity to invite us to make a presentation.

As you well know, my president has made some very serious remarks on issues. I guess I have to support that because of the fact that we are Canadians and we are taxpayers in this country. We make major contributions to this country. Yet when I talk to not only Métis leaders in my province but across western Canada, most, if not all, support social reform. In Alberta I am on record as supporting social reform.

As a young Métis individual a few years back, in my community there was no welfare. People lived in harmony. But that started dissolving when they introduced welfare into our communities. Now we're having to combat all kinds of problems because of that. We're dealing with three, four generations of families that are on welfare and subject to major social, economic and health problems.

A lot of our communities in the north are outside the boundaries, or live alongside Indian reservations. Yet the access to health and other programs are at no level with first nation bands in our communities.

• 0925

How do we deal with the majority of our northern communities, taking into account the Canadian government addressing and announcing cutbacks? I have some problem with that in a certain sense. I agree with social reform, but I think your president made a point in saying that there must also be equal access, equal opportunity, for us to make sure there's a social net within our communities. If you go to some of our communities, how do you cut nothing from nothing? How do we do that as leaders? How do we go back to our people and say there's been a major cut and we're going to have to live with it?

As Canadians, as Métis people and as Métis leaders, I think we have realized and supported in every fashion—every government in this country has talked about establishing partnerships, but I've yet to see a real partnership. In Alberta in 1987 we signed the Alberta Métis framework agreement, where our communities are allowed to bring issues to the table to try to resolve them. If they're not resolved at the subcommittee level, they're dealt with at the senior level.

We talk about all the other announcements concerning health, education and other things throughout this country. I think the government definitely has to follow through on their promises. I think other governments and parties also have to be involved with us. I come from western Canada. It's no secret that the majority of Reformers here in Ottawa come from western Canada, yet they fail to recognize that we are an Alberta institution that is 66 years old. We want to make it

## [Translation]

Allez-y, Gerald. Je voulais simplement vous prévenir qu'il vous reste peu de temps pour faire des remarques car nous avons aussi besoin de temps pour nos questions.

**M. Gerald Thom (président, Métis Nation of Alberta):** Merci beaucoup, monsieur le président, messieurs et mesdames les membres du comité. Nous sommes ravis de comparaître devant votre comité et je tiens à vous remercier de nous avoir invités.

Le président du conseil vient de faire des remarques très graves sur certains enjeux importants. Je suis d'accord avec lui; nous aussi sommes des Canadiens et des contribuables. Nous apportons aussi une contribution importante à ce pays. Pourtant, la plupart des leaders métis non seulement de ma province mais de tout l'Ouest du Canada avec lesquels je me suis entretenu appuient la réforme sociale proposée. En Alberta, j'ai déjà déclaré publiquement que je suis d'accord avec la réforme sociale.

Je suis Métis et lorsque j'étais plus jeune, il y a plusieurs années, il n'y avait pas d'aide sociale dans mon village. Les gens vivaient en harmonie. Cette harmonie a commencé à s'effriter avec l'apparition de l'aide sociale dans nos collectivités. Maintenant, à cause de l'aide sociale, nous devons lutter contre toutes sortes de problèmes. Il y a des familles qui dépendent de l'aide sociale depuis trois ou quatre générations et qui ont de graves problèmes économiques, sociaux et de santé.

Bon nombre de nos collectivités du Nord sont adjacentes à des réserves indiennes. Or, nos collectivités sont loin d'avoir accès aux services de santé et aux autres programmes dont jouissent les bandes des Premières nations.

Comment traitons-nous la majorité de nos collectivités du Nord, compte tenu des compressions annoncées par le gouvernement canadien? Cela m'apparaît difficile en un certain sens. Je suis d'accord avec la réforme sociale mais votre président a eu raison de dire qu'il doit y avoir un accès égal, des chances égales de sorte qu'il y ait un filet de sécurité sociale dans nos collectivités. Comment arriverez-vous, dans certaines d'entre elles, à comprimer ce qui n'existe pas? Comment le ferons-nous, nous, les dirigeants? Comment dirons-nous à nos populations que d'importantes compressions ont été faites et que nous devons nous y faire?

En qualités de Canadiens, de Métis et de chefs des Métis, nous avons réalisé et appuyé de toutes les manières... tous les gouvernements de ce pays disent qu'ils veulent créer des partenariats, mais je n'en ai pas encore vu un véritable. En Alberta, en 1987, nous avons signé l'accord-cadre des Métis de l'Alberta en vertu duquel nos communautés peuvent soumettre des questions pour qu'on cherche à les résoudre. Si elles ne le sont pas au niveau du sous-comité, elles sont renvoyées à un niveau plus élevé.

Nous parlons de toutes les autres annonces concernant la santé, l'éducation et d'autres choses dans ce pays. Certainement, le gouvernement doit donner suite à ses promesses. Et d'autres gouvernements et parties doivent se joindre à nous. Je viens de l'Ouest canadien. Ce n'est un secret pour personne que la majorité des Réformistes, ici à Ottawa, vient de l'Ouest, et pourtant ils n'arrivent pas à reconnaître que nous sommes une institution albertaine qui existe depuis 66 ans. Nous voulons

[Texte]

clear that our issues are not going to be left untouched for another 100 years.

We want to focus on positive relationships. We want to make some positive recommendations to this committee in the hope that this committee will carry our recommendations forward. We don't mind that we have to produce some more studies in a lot of areas. I believe those studies are needed to clearly tell the governments how your services directly impact our communities, and I think they will tell you about the inadequacies of programs within our communities.

I think it's time to seriously think about this new partnership and to take the recommendations seriously, because we're here to assist the committee in bringing our voice forward to the ministry. I don't think we can sit back any more and wait and say in my language that means a lot, so we'll wait another 100 years. I think those days are gone. We are Canadians and we make a major contribution to this country.

When it comes to programs or announcements by federal or provincial governments, we're never involved in decision-making, policies or how that program will be delivered. We always seem to be thrown in.

A number of years ago we had what we called a native umbrella, and now it's an aboriginal melting pot. We want to stay away from that. I'm not here to condemn First Nations, Innu or any other aboriginal people in this country. We want to make sure we have an opportunity to have a process of our own. So these inadequacies will at least start on a positive by saying that the government is concerned about all Canadians, but we are aboriginal people as well. In a community like Fort Chipewyan in northeastern Alberta, where you have two Indian bands, the large Métis community wants the same health accessibility for its people.

When there is a sickness or an illness in the community of any type, when it comes to first nations members, Health and Welfare Canada will fly in an airplane to take them out. Yet when it comes to a person from our community or a member of our community, there's no such service. We lose a lot of our elderly people because of no medical services at all.

In our community we have health professionals. We train our people. We encourage our people to get involved in all aspects of training. What do we train for when we can't get involved, especially in mainstream society, and get equitable access to your programs?

I want to leave you with that. We'll probably come up with some very positive recommendations for this committee to assist us in bringing forward our message to the ministry.

Thank you.

[Traduction]

qu'il soit clair que nous ne permettrons pas que les questions qui nous préoccupent demeurent sans réponse pour 100 années de plus.

Ce qui nous intéresse, ce sont des relations positives. Nous voulons faire des recommandations positives à ce comité en espérant qu'il y donnera suite. Peu importe que nous ayons à produire d'autres études dans de nombreux domaines. Elles sont nécessaires pour dire clairement aux gouvernements de quelle manière vos services ont un impact direct sur nos communautés, et je crois qu'elles feront état des lacunes des programmes dans nos communautés.

Il est temps de songer sérieusement à ce nouveau partenariat et de prendre les recommandations au sérieux, parce que nous sommes ici pour aider le comité à se faire notre porte-parole auprès du gouvernement. Nous ne pouvons attendre plus longtemps, car, pour nous, longtemps signifie attendre encore un siècle. Cette époque est révolue. Nous sommes des Canadiens et notre contribution à ce pays est considérable.

En ce qui a trait aux programmes ou annonces faits par les gouvernements fédéral ou provinciaux, nous ne participons jamais à la prise de décision, à l'élaboration des politiques ou au mode d'exécution des programmes. Nous semblons toujours arriver comme un cheveu sur la soupe.

Il y a un certain nombre d'années nous avons un organisme autochtone de coordination qui est devenu un melting-pot autochtone. Cela ne nous intéresse plus. Je ne suis pas venu ici condamner les Premières nations, les Inuit ou un autre peuple autochtone de ce pays. Je veux m'assurer que nous ayons l'occasion d'avoir un processus qui nous soit propre. De sorte que ces lacunes commenceront au moins sur une note positive en disant que le gouvernement se préoccupe de tous les Canadiens, mais nous sommes aussi un peuple autochtone. Dans une collectivité comme celle de Fort Chipewyan dans le nord-est de l'Alberta où l'on trouve deux bandes indiennes, l'importante communauté métisse veut avoir le même accès aux services de santé pour sa population.

● 0930

En cas de maladie, quelle qu'elle soit, dans la communauté, Santé et Bien-être Canada enverra un avion évacuer le malade s'il appartient à une Première nation. Mais si cette personne vient de notre communauté ou est membre de notre communauté, aucun service de ce genre ne lui est offert. Nous perdons un grand nombre de nos personnes âgées parce qu'elles n'ont accès à absolument aucun service médical.

Nous avons des professionnels de la santé dans notre communauté. Nous formons nos gens et les encourageons à participer à tous les aspects de la formation. Mais à quoi bon suivre une formation quand nous ne pouvons participer, surtout à la société en général, et obtenir un accès équitable à vos programmes?

Je m'en tiendrai à cela. Nous formulerons probablement des recommandations très positives pour ce comité pour qu'il nous aide à communiquer notre message au gouvernement.

Merci.



## [Text]

**The Chairman:** Just for the benefit of members of the committee, we have three sets of witnesses this morning. We've allocated half an hour to each. We were ten minutes late starting, so I'm taking that into account. This portion is going to end at 9:40 a.m. That gives us about eight minutes.

Our witnesses have elected to use most of their time making their presentation. That was their option. We have half an hour altogether. This will not be the only consultation we'll have with those people, of course, but we're glad they came this morning.

En ce qui concerne le rapport de M<sup>me</sup> Kinnon, grâce au Conseil national des Métis, nous avons reçu une copie de ce rapport en anglais seulement. Nous sommes maintenant en train de faire traduire le document.

All the interveners are on this side. That's the way we'll go.

I'm just reminding you that the guidelines allow that there'll be an intervention from the official opposition, then from the Reform, then from the government party. I can't beg you to speak, so in the absence of others, I have the following, but we're going to cut it off at 9:40 a.m.

The other thing I wanted to say to committee members and witnesses is this. Keep in mind what the process is. This is not a process in which we debate with the witnesses. We're here to solicit information that will help us finalize our work plan. I did go over the transcript of Tuesday's meeting. It was a great meeting and a great transcript, but we didn't spend time as members soliciting advice on how we're going about our job. I think, given the brevity of time we have, we should focus on how these people can help us put together a work plan for the assignment at hand.

In this order, Pauline, then Hedy, Harold and Ovid.

**Mme Picard (Drummond):** Bonjour. Je vous souhaite la bienvenue.

Je vais vous poser une question très brève. Qu'est-ce que vous attendez du Comité? Comment voyez-vous notre rôle? Est-ce que vous seriez favorable à ce qu'on aille dans vos collectivités étudier la santé des autochtones par rapport aux facteurs socio-économiques? Je n'ai pas tellement bien compris votre... Vous parlez de facteurs socio-économiques, vous parlez de la pauvreté.

Je pense que le mandat que nous avons reçu consiste à aller voir quelles sont les priorités ou les facteurs que nous, ici, pourrions étudier dans le domaine de la santé et chercher avec vous, en partenariat, des solutions à ces problèmes-là.

Alors, qu'attendez-vous de nous?

**Mr. Marc LeClair (Chief Administrative Officer, Métis National Council):** Thank you.

As we attempt to lay out here this morning, there really has been no focused attention on Métis health in the country.

The Diane Kinnon paper, which I hope will be translated soon for you to look at, was a piece of research sponsored by the Royal Commission on Aboriginal Peoples and it was about a \$5,000 piece of research, but that's it.

## [Translation]

**Le président:** Pour la gouverne des membres du comité, je leur rappelle que nous avons trois séries de témoins ce matin. Nous avons accordé à chacun une demi-heure. Nous avons commencé dix minutes en retard et j'en tiens compte. Cette partie se terminera donc à 9h40. Ce qui nous donne environ huit minutes.

Nos témoins ont choisi de consacrer à leur exposé presque tout le temps à leur disposition. C'est leur choix. Nous avons en tout une demi-heure. Nous n'aurons pas d'autres consultations avec eux, bien entendu, mais nous sommes heureux qu'ils soient venus ce matin.

With regards to Mrs. Kinnon's report, thanks to the Métis National Council, we have received a copy of this report in English only. We are having it translated.

Tous les intervenants sont de ce côté. C'est ainsi que nous procéderons.

Je vous rappelle qu'en vertu des lignes directrices, il y aura une intervention d'un représentant de l'Opposition officielle, puis du Parti réformiste et ensuite du parti ministériel. Je ne peux vous supplier de prendre la parole; j'ai les noms suivants sur ma liste, mais nous terminerons à 9h40.

J'ai une autre chose à dire aux membres du comité et aux témoins. N'oubliez pas qu'il ne s'agit pas d'un débat avec les témoins. Nous sommes ici pour recueillir de l'information qui nous aidera à finaliser notre plan de travail. J'ai relu la transcription de notre séance de mardi qui a été excellente, mais nous n'avons pas demandé des conseils sur la façon dont nous allions faire notre travail. Vu le peu de temps dont nous disposons, nous devrions avant tout chercher à savoir comment ces gens peuvent nous aider à bâtir un plan de travail pour la tâche à accomplir.

Dans l'ordre suivant donc, Pauline, ensuite Hedy, Harold et Ovid.

**Mrs. Picard (Drummond):** Good morning and welcome.

I have a brief question to ask. What do you expect from the Committee? How do you see our role? Would you like us to go to your communities to study natives' health with reference to social and economic factors? I do not very well understand your... You mention socio-economic factors, and speak of poverty.

The mandate we have received, I think, is to go and find out what are the priorities and the factors that we, here, could study in the area of health and try and solve these problems in partnership with you.

So what do you expect from us?

**M. Marc LeClair (directeur administratif général, Conseil national des Métis):** Merci.

Comme nous avons tenté de l'expliquer ici ce matin, aucune attention n'a réellement été portée à la santé des Métis au pays.

Le document de Diane Kinnon qui, je l'espère, sera bientôt traduit pour que vous puissiez l'examiner, est un document de recherche parrainé par la Commission royale sur les peuples autochtones, recherche qui a coûté environ 5 000\$, mais c'est tout.



## [Texte]

You've had witnesses come here before and bring their studies with them and say they're tired of being studied to death. Well, that's not the case when it comes to us.

So if your committee is going to look at the aboriginal health issue, we'd like you to look at the specific health needs of Métis, in terms of the delivery of health services to the Métis, the gaps that exist in the existing program structure, and preventive measures—a preventive health care system that would assist us, because it's far too expensive in the country to treat the problem at the emergency room, and that's what happens in our communities, because there isn't the same level of access to services and there is no targeted preventive health care system. So we'd like you to look at some of those issues, among others.

I'm not sure what the closing date for your early deliberations are, but we'd be happy to put forward a few suggestions for terms of reference for you to look at when it comes to Métis health. We can cobble that together for you.

**Ms Fry (Vancouver Centre):** I was very impressed with your presentation, I must say, and with your desire, in spite of your disillusionment, to work in cooperation with the government and with everyone around this table on this committee. So that's a good start.

You get your health care services at the moment from provincial plans, do you?

**Mr. LeClair:** Yes.

**Ms Fry:** Therefore, you have the kind of universal access to the health care that the whole health care system and Canadian medicare affords people. I know that native communities, aboriginal communities, don't make use of that access very well and I understand why.

Can you tell me, specifically with regard to the Métis, what are the barriers to your having access to the system, given that it is universal and accessible to you through provincial plans?

**Ms Diane Kinnon (Consultant, Métis National Council):** I should say first of all that I've worked in the area of health, both at the community level and at the national level, for 15 years, and even I was really appalled at the level of services available to Métis people, especially in the north.

So even when you talk about access and the Canada Health Act and access to medicare across the country, it really isn't true of the northern communities. There are transportation problems, funding problems; there are no services within the community and they're always having to go out. Some of the barriers when they do go out are lack of language services, a real insensitivity to the northern experience and Métis way of life, and difficulty in having your loved ones around you because you can't take your whole family 300 miles south to get treatment.

Within the actual services, I have heard Métis people say that even in aboriginal services they don't always feel welcome. There are actually even barriers within aboriginally driven services because they aren't Métis-specific or there isn't

## [Traduction]

Certains témoins qui ont comparu devant vous ont apporté leurs études et affirmé qu'ils en avaient assez de faire l'objet d'études. Ce n'est certainement pas le cas en ce qui nous concerne.

Ainsi, si votre comité entend examiner la question de la santé des autochtones, nous aimerions que vous vous penchiez sur les besoins de santé particuliers des Métis, en ce qui concerne la prestation des services de santé, et aussi les lacunes de l'actuelle structure de programmes ainsi que les mesures préventives—un système de soins de santé préventifs qui nous aiderait, parce qu'il est beaucoup trop coûteux au pays de traiter le problème à l'urgence alors que c'est ce qui arrive dans nos collectivités puisque nous n'avons pas le même niveau d'accès aux services et qu'il n'existe pas de système de soins de santé préventifs et ciblés. Nous aimerions que vous étudiez certaines de ces questions, entre autres.

Je ne suis pas sûr de la date d'échéance de vos premières délibérations, mais nous serions heureux de vous faire quelques suggestions sur la façon dont vous pourriez examiner cette question de la santé des Métis. Nous pouvons concocter cela pour vous.

**Mme Fry (Vancouver-Centre):** Votre exposé m'a beaucoup impressionnée, je l'avoue, ainsi que votre désir, malgré votre désenchantement, de collaborer avec le gouvernement et avec toutes les personnes ici présentes. C'est un bon départ.

Vos services de soins de santé vous sont en ce moment fournis par les régimes provinciaux, n'est-ce pas?

**M. LeClair:** Oui.

**Mme Fry:** Par conséquent, vous avez le même accès universel aux soins de santé que celui offert à la population par le système de soins de santé et le régime canadien d'assurance-maladie. Je sais que les communautés autochtones ne profitent pas beaucoup de cet accès et je comprends pourquoi.

Pouvez-vous me dire, en ce qui concerne particulièrement les Métis, ce qui vous empêche d'accéder au système puisqu'il est universel et vous est offert dans le cadre des régimes provinciaux?

**Mme Diane Kinnon (consultante en santé, Conseil national des Métis):** Je tiens d'abord à dire que je travaille dans le domaine de la santé, aussi bien au niveau communautaire qu'au niveau national, depuis 15 ans et que même moi j'ai été réellement consternée de voir le niveau de services offert à la population métisse, en particulier dans le Nord.

Donc, même lorsque vous parlez d'accès et de la Loi canadienne sur la santé et de l'accès à l'assurance-maladie d'un bout à l'autre du pays, cela n'est pas réellement vrai des communautés du Nord. Elles ont des problèmes de transport et de financement; il n'existe pas de services dans la communauté et les personnes doivent toujours recourir à des services externes. Parmi les barrières qu'elles ont à surmonter lorsqu'elles s'adressent à l'extérieur, mentionnons l'absence de services linguistiques, un manque réel de sensibilité à l'expérience nordique des Métis et à leur mode de vie et à la difficulté de réunir vos proches autour de vous parce que vous ne pouvez aller vous faire traiter avec toute votre famille 300 milles plus au sud.

En ce qui a trait aux services actuels, j'ai entendu des Métis affirmer que même dans les unités de services autochtones ils ne se sentent pas toujours bienvenus. Il existe donc des barrières réelles dans les services administrés par les autochtones parce

## [Text]

recognition of the real uniqueness of Métis culture and Métis needs. And I hear them saying, very strongly, that they want Métis-specific services that they really have control over and influence in designing and also access to mainstream services. So it is really both.

**Ms Fry:** In fact, you're just looking at culturally sensitive and appropriate health care, in terms of getting to northern and isolated areas as well; that's your major complaint?

**Ms Kinnon:** Yes, and not to ignore the urban needs as well because certainly inner-city needs are extensive as well.

**Ms Fry:** But that has to do with cultural sensitivity more than anything, in terms of delivery of services.

**Ms Kinnon:** I wouldn't say that was the only issue. I think that's part of the issue, but the actual existence of services and services that are... It's not just the sensitivity but the actual delivery by Métis people of their own services.

**Mr. Morin:** Yes, just to supplement that answer, there are cultural and language barriers and there are geographic barriers, in terms of some of the remote Métis communities.

I guess this is one of the points I tried to cover earlier. We just don't have the infrastructure and the resources. The term systemic discrimination is always used and it is very real for us; it's not just a term.

I'll give you an example. We're supportive of other aboriginal peoples in terms of the gains they make, whether it's the inherent right of self-government, land, resources, programs or services.

But in the province of Saskatchewan where I come from, to give you an example, first nations do have Indian health authorities, which they were able to establish over the years through the Department of Indian Affairs. The dollars available to them at the federal level were unavailable to the Métis.

They had these health authorities in the province of Saskatchewan at the tribal council level. So when the Hon. Louise Simard, the Saskatchewan Minister of Health announced her health reforms, it was very easy for her to deal with those established health authorities to transfer health care services to them so they would deliver it to their own people.

We've been saying that we have to deliver those services to our people, but there are no established health authorities. Because of the unequal treatment of aboriginal peoples and the denial by governments in terms of acknowledging and recognizing our self-governing institutions and authorities, essentially there's a vacuum there. There's nothing to deal with.

As long as the federal government is not prepared to take the lead role on self-government, Saskatchewan, as with other provinces, is not prepared to come along and say the Métis have self-governing authority so it will therefore transfer health care services to our authorities.

## [Translation]

que ces services ne sont pas destinés aux Métis et qu'on ne reconnaît pas le caractère réellement unique de la culture et des besoins des Métis. Et je les entends affirmer, très clairement, qu'ils veulent avoir des services qui leur sont propres, dont ils ont réellement le contrôle et dont ils peuvent influencer la conception, et avoir également accès aux services ordinaires. On rencontre donc des problèmes dans les deux systèmes.

**Mme Fry:** En fait, vous ne songez qu'à des soins de santé «personnalisés» et appropriés, pour ce qui est des régions du Nord et des régions isolées également; c'est votre principale plainte?

**Mme Kinnon:** Oui, sans pour autant faire fi des besoins des communautés urbaines, besoins qui sont certainement importants également.

**Mme Fry:** Mais cela relève plus de la sensibilité culturelle que de toute autre chose, pour ce qui est de la prestation des services.

**Mme Kinnon:** Je ne dirais pas que c'est la seule question. Cela en fait partie, mais l'existence réelle de services et des services qui sont... Ce n'est pas seulement la sensibilité, mais la prestation elle-même par les Métis de leurs propres services.

**M. Morin:** Oui, pour compléter cette réponse, il existe des obstacles culturels et linguistiques ainsi que géographiques pour certaines communautés métisses éloignées.

C'est un des points que j'ai essayé de traiter plus tôt. Il nous manque tout simplement l'infrastructure et les ressources. L'expression discrimination systémique est toujours utilisée et pour nous c'est une réalité; dans notre cas, ce ne sont pas des mots.

● 0940

En voici un exemple. Nous appuyons les gains réalisés par d'autres peuples autochtones, qu'il s'agisse du droit inhérent à l'auto-détermination, aux terres, aux ressources, aux programmes ou aux services.

Mais en Saskatchewan, ma province d'origine, pour vous donner un exemple, les Premières nations ont des services de la santé publique qu'elles ont réussi à établir au fil des ans par l'entremise du ministère des Affaires indiennes. Les fonds que le gouvernement fédéral met à leur disposition ne sont pas offerts aux Métis.

Dans la province de la Saskatchewan, ces services étaient administrés au niveau du conseil de bande. Ainsi, lorsque l'honorable Louise Simard, ministre de la Santé de la Saskatchewan, a annoncé sa réforme de la santé, il lui a été très facile de s'entendre avec les bandes pour leur transférer les services de soins de santé qu'elles offriraient elles-mêmes à leur population.

Nous ne cessons de dire que nous devons offrir ces services à notre population, mais nous ne disposons pas de l'autorité compétente. Par suite du traitement inégal des populations autochtones et du refus des gouvernements de reconnaître nos institutions et nos autorités autonomes, il existe essentiellement un vide dans ce domaine. Il n'y a personne avec qui traiter.

Tant que le gouvernement fédéral ne sera pas disposé à prendre les devants dans le dossier de l'autonomie gouvernementale, la Saskatchewan, à l'instar d'autres provinces, ne sera pas prête à consentir aux Métis une responsabilité en matière de services de soins de santé.



## [Texte]

As a result, in Saskatchewan there is no discussion with our people, in spite of the proposals we submitted to transfer health care services as part of the health care reforms in Saskatchewan. It has not even gone as far as giving representation or ensuring there is Métis representation on the health care districts established in Saskatchewan.

There is a whole variety of factors. It's just systemic that we are excluded not only from delivering our own health care services, but from services in a whole variety of areas.

In dealing with our issues, you can't isolate health care. You have to examine the root causes of the problem of poverty and address the inherent right of self-government, which we're supposed to be going through right now. There is the whole issue of land claims and so on.

Again, we are prepared to work with the committee. As Marc mentioned, we will submit some terms. The issue of an enumeration of the Métis nation is key, not only in terms of counting how many Métis people there are in Canada, but also for getting vital statistics so we know exactly where our people are at and for finding ways in which we can best address the needs of our people. Thank you.

**The Chairman:** Earlier, Marc

a mentionné le besoin d'avoir le document de Diane, traduit. Nous l'avons reçu ce matin seulement et il est dans notre intention d'avoir une traduction lundi prochain. Est-ce cela?

**La greffière du Comité:** Oui.

**Le président:** Parfait!

So, Marc, by next Monday we hope to have the translation. We will then circulate it to all members of the committee. As you know, we received the paper only this morning.

I want to thank the representatives of the Métis National Council for coming.

We'll take one-minute flat for the transition to the Métis National Council of Women.

• 0945

## [Traduction]

Par conséquent, en Saskatchewan, il n'y a aucune discussion avec notre population, en dépit des propositions que nous avons présentées concernant le transfert de services de soins de santé dans le cadre des réformes de la province en la matière. On ne s'est même pas préoccupé de veiller à ce que les Métis soient représentés dans les districts de soins de santé établis en Saskatchewan.

Divers facteurs sont en cause. C'est une réaction systémique, car on nous refuse non seulement la possibilité d'offrir nos propres services de soins de santé, mais aussi l'accès aux services dans une foule de domaines.

En examinant nos problèmes, vous ne pouvez mettre à part les soins de santé. Vous devez examiner les causes premières du problème de la pauvreté et vous pencher sur le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale, vers laquelle nous nous acheminons maintenant. Il y a aussi toute la question des revendications territoriales, etc.

Je le répète, nous sommes disposés à travailler avec le comité. Comme Marc l'a mentionné, nous présenterons certains paramètres. La question du recensement de la nation métisse est fondamentale, pas seulement en vue de dénombrer la population métisse au Canada mais aussi en vue d'obtenir des données statistiques sur l'état civil de manière à savoir exactement où se trouve notre population et à trouver des moyens de répondre de notre mieux aux besoins de notre population.

**Le président:** Plus tôt, Marc

mentioned the need to have Diane's paper translated. We only received it this morning and we do intend to have a translation by next Monday. Is that it?

**The Clerk of the Committee:** Yes.

**The Chairman:** Excellent!

Ainsi, Marc, d'ici lundi prochain nous espérons avoir la traduction. Nous la ferons distribuer à tous les membres du comité. Comme vous le savez, nous n'avons reçu le document que ce matin.

Je tiens à remercier les représentants du Conseil national des Métis d'être venus témoigner.

Nous prendrons une minute exactement avant de passer au Conseil national des femmes métisses.

• 0946

**The Chairman:** Order, please. We now welcome our next group of witnesses. We're glad to have representatives of the Métis National Council of Women. Sheila Genaille is the president.

We welcome you. Maybe you'd like to introduce your team and then you could give us a brief opening statement. I say that because if you give us a long opening statement, you see what happens. There's no time for questions after. So you choose how you wish, but we have one-half hour flat.

**Le président:** À l'ordre, s'il vous plaît. Nous accueillons maintenant notre prochain groupe de témoins. Nous sommes heureux d'accueillir des représentantes du Conseil national des femmes métisses, dont Sheila Genaille est la présidente.

Bienvenue. Vous voudrez peut-être présenter les membres de votre équipe et pourriez ensuite nous faire une brève déclaration d'ouverture. Je le dis parce que si votre déclaration est longue, voyez ce qui arrive. Il ne reste plus de temps pour les questions. C'est à vous de choisir, mais nous avons exactement une demi-heure.



## [Text]

One of my vice-chairmen, the only one present right now, is Ovid Jackson. I'm going to ask him to take the gavel for about 10 minutes. I have to go out and do something else that is important. Go ahead, Sheila.

**Ms Sheila Genaille (President, Métis National Council of Women):** Thank you, Mr. Chair. As you said, my name is Sheila Genaille. I'm president of the Métis National Council of Women. You've already met Marc LeClair. Also with me is Lucille McLeod from the Alberta Métis Women, one of the member organizations, and I'd like to add the other organizations: the Pacific Métis Federation of Women, the Métis Women of Saskatchewan, the Métis Women of Manitoba, Métis Women of the Northwest Territories, and Métis Women of Ontario.

I have prepared a text, but I'm going to chop it as I go. So if there's a hesitancy, that's where I'm just going to continue forward.

I just want to give a brief addition to what was said prior to our presentation, specifically—and I'm going to quote some from Diane's report that you'll have in front of you.

First of all, the number of Métis people in Canada is unknown. The 1991 census shows that out of the total number of aboriginal people, which was a little over a million, there were 21.2% who said they were Métis. Again, the birth rate for the Métis is similar to the other aboriginal groups but higher than the general population, and our life expectancy is much lower. This is according to the Medical Services Branch of the Department of Health and Welfare Canada.

In the Canadian census of 1991, the aboriginal peoples survey, the follow-up questionnaire conducted a 20% sample of Canadians who identified with one or more aboriginal groups. Questions related to lifestyle, health conditions and services. Limitations included were that not all Métis were identified in the census, and they didn't address the many issues related to well-being that would more completely describe the health of the Métis and the statement prepared by this committee saying that health problems cannot be isolated from economic, social and political factors.

You've heard our colleague before us reiterate that, and we will do the same.

The Métis know our people are not well and the trend must be reversed with a return to wholeness and well-being. My colleague, Lucille, will expand on the well-being. What Métis have described as their determining factor of health, number one, is food, clothing and a reasonable income—in other words, a stable economic environment.

• 0950

The Métis women study, completed in 1993, was a joint effort by the Royal Commission on Aboriginal Peoples and the Métis National Council of Women. It surveyed Métis women across the homeland.

I was going to quote some statistics for you but because of time constraints and the fact that many of your earlier questions weren't answered, I will dispense with that portion of it.

## [Translation]

Un de mes vice-présidents, le seul qui soit présent actuellement, est Ovid Jackson. Je vais lui demander de présider la séance pendant environ 10 minutes. Je dois sortir pour vaquer à une chose importante. La parole est à vous, Sheila.

**Mme Sheila Genaille (présidente, Conseil national des femmes métisses):** Merci, monsieur le président. Comme vous l'avez dit, je m'appelle Sheila Genaille et je suis présidente du Conseil national des femmes métisses. Vous avez déjà rencontré Marc LeClair. Je suis également accompagnée de Lucie McLeod de l'Alberta Métis Women, une des organisations membres, et je voudrais vous nommer les autres organisations: la Pacific Métis Federation of Women, la Métis Women of Saskatchewan, l'Association des femmes métisses du Manitoba et la Métis Women of Ontario.

J'ai préparé un texte, mais je vais le résumer. Si je marque une hésitation, donc, c'est que c'est de là que j'entendrai poursuivre.

Je veux seulement ajouter brièvement quelques mots à ce qui a été dit pendant notre exposé, en particulier. . . et je citerai le rapport de Diane que vous avez devant vous.

D'abord, on ne sait pas combien il y a de Métis au Canada. Selon le recensement de 1991, 21,2 p. 100 de l'ensemble de la population autochtone qui s'élève à un peu plus d'un million de personnes, a déclaré être Métis. Le taux de natalité, chez les Métis, est semblable à celui des autres groupes autochtones mais plus élevé que celui de l'ensemble de la population et notre espérance de vie est beaucoup moins élevée. Ces données viennent de la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être Canada.

Dans le recensement canadien de 1991, l'enquête sur les peuples autochtones, le questionnaire de suivi a pris un échantillon de 20 p. 100 des Canadiens qui ont dit faire partie de l'un des groupes autochtones ou de plusieurs. Les questions portaient sur le mode de vie, l'état de santé et les services. Parmi les limites de cet exercice, mentionnons le fait que les Métis n'ont pas tous été identifiés dans le recensement et aussi qu'ils n'ont pas abordé les nombreuses questions de bien-être qui auraient permis de décrire plus complètement l'état de santé des Métis et la déclaration rédigée par ce comité selon laquelle les problèmes de santé ne peuvent être isolés des facteurs économiques, sociaux et politiques.

Le collègue qui nous a précédés vous l'a répété et nous ferons de même.

Les Métis savent que notre population ne se porte pas bien et qu'il faut inverser cette tendance pour en revenir à un état de salubrité et de bien-être. Ma collègue Lucille parlera du bien-être. Le facteur que les Métis ont présenté comme celui qui influe le plus sur leur santé est l'alimentation, le vêtement et un revenu raisonnable. . . en d'autres mots, un milieu économique stable.

L'étude sur les femmes métisses terminée en 1993 est le fruit d'un effort conjoint de la Commission royale sur les peuples autochtones et du Conseil national des femmes métisses. Elle a porté sur les femmes métisses de tout le Canada.

J'allais vous citer des statistiques, mais, comme le temps nous est compté et qu'une grande partie de vos questions sont restées sans réponse, je vais laisser tomber cette partie de mon exposé.

## [Texte]

One question asked whether Métis women and elders should be consulted as to the sensitivity of our culture and the needs of the community when specific Métis programs are developed. Of respondents, 69% strongly agreed with that statement and 24% somewhat agreed. So what they're saying is involve us. Don't develop programs and say here you are. Involve us with it.

In the delivery of health services, as you heard before, the Métis are not on a level playing field with the other aboriginal groups in this country or with Canadians, and this despite the fact that we are recognized in the Canadian Constitution as one of the three aboriginal peoples. As you heard, health benefits available to the Indians and Inuit are not available to us. One of the past presidents of the Métis National Council, Ernie Blais, said—and we have said it many times—the Métis are in essence Canada's forgotten people. The first nations communities have very little, but we have even less.

The greatest and most pressing barrier for the Métis Nation, as you heard before, is the jurisdictional issue. Past and present governments have been reluctant to offer Métis-specific programs. Why this reluctance? Governments do not initiate programs or services for fear of setting a precedent.

The provincial governments also refer to the constitutional recognition of the Métis, and as an aboriginal people we are therefore a federal responsibility. As we've said over and over again, it's a game of political football. The Métis are tired of being that damned football, of being kicked back and forth from one government to the other. Aboriginal people, Indians, Inuit and to some extent the Métis have been studied. We've been commissioned, we've been asked questions, we've told our problems, we've given recommendations and here we are again, back at a table doing the same thing with a brand-new government. We have survived as a nation against all odds and will continue to survive.

If you're sincere about bringing about change, I'd like to offer this committee some of the following suggestions. First and foremost, settle the jurisdictional issue with the Métis Nation of Canada. Listen to what the Métis people have said in the past and continue to say today. Listen to our issues. We've given you recommendations and we're asking you to implement them. Read the many studies on aboriginal people where we're lumped in together—you'll probably find them on a shelf in some government office collecting dust.

Each new government comes in and inevitably a study, a commission or whatever takes place and the whole scenario starts again. Quit studying us. We're not specimens to be dissected, studied, analysed and then have nothing done.

## [Traduction]

On a demandé notamment si les femmes et les anciens Métis devraient être consultés quant à la sensibilité de notre culture et aux besoins de la communauté au moment de l'élaboration de programmes destinés aux Métis. Or, 69 p. 100 des répondants ont dit souscrire sans réserve à ce principe, et 24 p. 100 ont dit y souscrire dans une certaine mesure. Les répondants veulent que vous nous fassiez participer, pas que vous mettiez des programmes sur pied en nous les présentant tout prêts, mais bien de nous faire participer à leur élaboration.

Comme on vous l'a déjà dit, dans le contexte de la prestation des services de santé, les Métis ne jouent pas à armes égales avec les autres groupes autochtones du Canada ou avec les autres Canadiens, et ce en dépit du fait que nous sommes reconnus dans la Constitution du Canada comme l'un des trois peuples autochtones. On vous a dit que les avantages dont jouissent les Indiens et les Inuit en matière de soins de santé ne nous sont pas offerts. L'un des anciens présidents du Conseil national des Métis, Ernie Blais, a déclaré ce que nous avons dit et répété maintes fois: Somme toute, les Métis sont le peuple oublié du Canada. Les Premières nations ont bien peu de choses, mais nous en avons encore moins.

Le plus grand et le plus pressant des obstacles pour la nation des Métis, comme on vous l'a dit, c'est le problème de compétence. Les gouvernements d'hier et celui d'aujourd'hui se sont fait tirer l'oreille pour offrir des programmes conçus expressément pour les Métis. Pourquoi? Par peur de créer un précédent.

Pour leur part, les gouvernements provinciaux se rabattent sur le fait que la Constitution reconnaît les Métis en tant que peuple autochtone, ce qui signifie que nous relevons du fédéral. Comme nous le disons et le redisons sans cesse, on se renvoie les Métis comme un ballon politique. Nous en avons assez d'être renvoyés constamment d'un palier de gouvernement à l'autre. Les autochtones, c'est-à-dire les Indiens, les Inuit et, dans une certaine mesure, les Métis, ont fait l'objet de nombreuses études. Nous avons été étudiés par des commissions royales, on nous a posé des questions, nous avons expliqué nos problèmes, nous avons présenté des recommandations et nous revoilà encore assis à une table en train de faire la même chose avec un gouvernement fraîchement élu. Notre nation a survécu contre toute attente, et elle va continuer à survivre.

Si vous avez sincèrement l'intention de donner un coup de barre, j'aimerais proposer quelques idées à votre comité. D'abord et avant tout, tranchez la question de compétence avec la nation des Métis du Canada. Écoutez ce que les Métis ont dit dans le passé et continuent à répéter aujourd'hui. Écoutez nos problèmes. Nous vous avons présenté des recommandations, et nous vous demandons de les mettre en oeuvre. Lisez les nombreuses études sur les autochtones où nous sommes regroupés avec les autres—you les trouverez probablement en train de ramasser de la poussière sur une tablette dans un bureau de l'administration fédérale.

Chaque fois qu'un nouveau gouvernement est élu, il y a inévitablement une étude, une commission d'enquête ou un autre mécanisme de ce genre et le scénario se répète. Cessez de nous étudier. Nous ne sommes pas des spécimens qu'on



## [Text]

Historically we've been known as half-breeds who live along the road allowances of this country, the fringes of society, but we are Canadians. We contribute in many ways, and all we are saying is do something. We're asking for action.

Thank you.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Is anybody else from your group going to make a presentation?

**Ms Genaille:** Yes, Lucille McLeod.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** I have a quick comment on what you said. You're probably right about being studied and things being put on the shelf. But I just want to make one point: this committee is brand-new and they really want to know what the situation is. Up on the Hill here, as far as I'm concerned, not too many committees work along with the bureaucracy. Hopefully, we can do that and make some changes for you.

**Ms Lucille McLeod (Secretary, Alberta Métis Women Association):** Thank you very much for hearing us today. I would like to talk about one particular health problem.

I'll just give you a little bit of background. I worked in the Métis community for 27 years in personal, family and community prevention work. Over those years I have yet to see a certain problem, which is a major concern of mine, being addressed: it is the debilitating condition of low self-worth among our people. There isn't a program for this.

I worked for the federal and provincial governments and in our own Métis Nation. We have always struggled to get resources to address this very important debilitating and disabling condition. It affects our physical, mental, emotional and spiritual well-being.

That's the first thing. That should be looked at first because this condition prevents us from... everything. It cripples us. It's being handed down now from family to family.

You work in the community and you feel like your hands are tied. There are all kinds of programs out there, but they are not specifically designed and delivered by us. Until that happens, we will never get off the ground for our complete well-being. As far as I'm concerned, in my own nation of people, we begin developing the nation by developing the person, yet our people are strapped by this health problem.

We need programs. We need to teach our people to teach. We also need to inspire them to better health, to raise their awareness toward their self-worth and to utilize and to become aware of their inherent strengths in order to utilize them.

## [Translation]

dissèque, qu'on étudie et qu'on analyse sans faire rien d'autre après. Historiquement, nous sommes les sang-mêlé qui vivent le long des emprises des routes de notre pays, en marge de la société, mais nous sommes aussi des Canadiennes et des Canadiens. Notre contribution à la vie du pays est multiple, et tout ce que nous disons, c'est qu'il faut faire quelque chose. Nous réclamons de l'action.

Merci.

**Le vice-président (M. Jackson):** Une autre membre de votre groupe va-t-elle nous faire un exposé?

**Mme Genaille:** Oui, Lucille McLeod.

**Le vice-président (M. Jackson):** J'ai une petite remarque sur ce que vous avez dit. Vous avez probablement raison quand vous dites qu'on a fait des études sur vous et qu'on les a mises sur les tablettes. Je tiens toutefois à préciser ceci. Notre comité vient d'être constitué, et nous voulons vraiment être mis au courant de la situation. Sur la Colline où nous sommes, j'estime qu'il n'y a guère de comités qui collaborent avec l'administration publique. Nous espérons pouvoir le faire et apporter des changements pour vous.

• 0955

**Mme Lucille McLeod (Conseil national des femmes métisses):** Merci beaucoup de nous donner l'occasion de témoigner aujourd'hui. J'aimerais vous parler d'un problème de santé bien spécial.

Pour vous situer, je dirai que j'ai fait pendant 27 ans du travail de prévention personnelle, familiale et communautaire, dans la communauté des Métis. Au fil de ces années, on n'a jamais cherché à remédier à un problème qui me préoccupe beaucoup, celui de l'effet débilant du manque d'estime de soi qui afflige notre peuple. Il n'y a pas de programme pour cela.

J'ai travaillé pour le gouvernement fédéral, pour le gouvernement provincial et pour la nation des Métis. Nous nous sommes toujours efforcés d'obtenir des ressources pour nous attaquer à ce très important problème débilant qui affecte notre santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle.

Il faut commencer par là. Il faudrait qu'on cherche à remédier à ce problème—là d'abord parce qu'il nous empêche de... de faire n'importe quoi. Il nous paralyse. Et maintenant, il se perpétue d'une génération à l'autre.

Ceux qui travaillent dans la communauté ont l'impression d'être totalement impuissants. Il y a toutes sortes de programmes, mais ce n'est pas nous qui les concevons et qui les appliquons. Tant que nous ne le ferons pas, nous ne pourrions pas chercher à atteindre au bien-être total. Je suis convaincue que, dans ma nation, nous commençons à développer la nation en développant chaque individu, et pourtant, notre peuple est paralysé par ce problème de santé.

Nous avons besoin de programmes. Nous avons besoin d'enseigner à nos gens à enseigner. Nous avons besoin aussi de les inciter à améliorer leur santé, à se sensibiliser davantage à l'idée de leur propre valeur et à se servir de leurs atouts intrinsèques, en devenant conscients, de façon à pouvoir les utiliser.



## [Texte]

We are counselled out of our brains and social-worked to death. We have to become more independent and participate in decisions that are affecting our health issues and our whole lives. Then we'll see a change. This seems like it's unimportant, but it's very important.

I'm going into my 60s. I watched everything happen like an old movie that's being rerun. This thing has never been addressed yet.

**Mr. LeClair:** Mr. Chairman, I just want to come to a question that Ms Fry asked. She said we have access to universal health care, so she wondered what the problem was. The linguistic, cultural and geographic conditions were put forward.

However, as Lucille was saying, there are mental health problems out there. There is no mental health program directed at Métis. There are no uninsured services available for Métis. When you're very poor and you need glasses, or you have tooth problems, you have nowhere to turn. All of these things over time contribute to escalating problems with the population.

Because of the unique health conditions, the universal health care services really are not designed for that. For example, there's tuberculosis. Métis have a higher rate of tuberculosis than that of first nations and Indian people on the reserve. For rheumatism problems, it's the same thing. As for arthritis, we're worse off than the first nations, which is really shocking in many senses. However, there is no initiative designed to deal with some of those issues.

**Mr. Culbert (Carleton—Charlotte):** Many of my questions are very similar to those of the previous presenter. I thank you, ladies, for coming forward this morning.

You indicated that there was some statistical information. I think you used the words that you had been somewhat studied to death and each government that comes into power initiates a new study and it goes on and on. You're looking for action rather than study.

As an easterner, I certainly admit I would need some education about your particular problem. Rather than going through another complete study, have studies been carried out in regard to the Métis income levels, education levels, housing problems, nutrition, and health problems?

The previous presenter referred to the head-start program, and we had a presentation a couple of weeks ago about how important early intervention was in children and how it affected them later in life in health care, education and employment. It followed through in their whole lifestyles and somehow we have to change those lifestyles.

## [Traduction]

On nous assomme à coups de counselling et on nous donne des services sociaux à en mourir. Il faut que nous devenions plus indépendants et que nous participions aux décisions qui influent sur nos problèmes de santé, voire sur l'ensemble de notre vie. Alors, il y aura du changement. Ça vous semble peut-être sans importance, mais c'est très important.

J'entre dans la soixantaine. Je vois tout ce qui se passe comme une reprise d'un vieux film. Et on ne s'est pas encore attaqué à ce problème-là.

**M. LeClair:** Monsieur le président, j'aimerais revenir à une question que M<sup>me</sup> Fry a posée. Elle s'est demandée quel était le problème, étant donné que, selon elle, nous avons accès à un régime universel de soins de santé. Nous avons alors parlé de la situation linguistique, culturelle et géographique.

Néanmoins, comme Lucille le disait, nous avons des problèmes de santé mentale. Il n'y a pas de programmes de soins de santé mentale à l'intention des Métis. Il n'y a pas de services gratuits pour les Métis. Par conséquent, des gens très pauvres qui ont besoin de lunettes ou qui ont mal aux dents ne savent pas vers qui se tourner. Avec le temps, tout cela contribue à une escalade des problèmes dans notre population.

Comme nos problèmes de santé sont uniques, les services universels ne sont pas conçus pour les résoudre. Par exemple, parlons un peu de la tuberculose. Le taux de tuberculose est plus élevé chez les Métis que chez les membres des Premières nations et les Indiens qui habitent dans des réserves. C'est la même chose pour le rhumatisme, et nous souffrons plus de l'arthrite que les Premières nations, ce qui est vraiment choquant, sous de nombreux aspects. Et pourtant, on n'a pris aucune initiative pour surmonter certains de ces problèmes.

**M. Culbert (Carleton—Charlotte):** Une grande partie de mes questions ressemble énormément à celles du témoin précédent. Mesdames, je vous remercie d'être venues témoigner ce matin.

Vous avez dit qu'il y avait des statistiques. Si j'ai bien compris, vous avez déclaré avoir été étudiés à en mourir, et vous avez dit que chaque gouvernement fraîchement élu entreprend une nouvelle étude de sorte que c'est un éternel recommencement. Vous voulez de l'action plutôt que des études.

• 1000

En ma qualité de député de l'est du Canada, je reconnais volontiers que j'aurais besoin d'être renseigné sur votre problème. Plutôt que d'envisager une autre étude complète, j'aimerais savoir si l'on a fait des études sur les niveaux de revenu des Métis ainsi que sur leurs niveaux de scolarité, leurs problèmes de logement, de nutrition et de santé. Pourriez-vous me le dire?

Le témoin qui vous a précédées a fait illusion au programme d'aide préscolaire «Bon départ»; il y a deux semaines, nous avons eu un exposé sur l'importance d'intervenir quand les enfants sont très jeunes et sur la conséquence d'une telle intervention pour les soins de santé, les études et l'emploi de ces enfants devenus grands. Elle se fait sentir dans tout leur style de vie, et c'est ce style de vie que nous devons changer d'une façon ou d'une autre.

## [Text]

If we don't go through the process, what statistical information do you now have on studies done in the past that you feel would be appropriate for this committee to consider today, and would you be prepared to bring them forward?

We're here to listen to your issues and concerns. That's what it's all about. I can only speak for myself, but I'm sure not here to waste my time. There are many other issues out there I could be devoting my time to if I didn't think this was important.

Even though I'm from the east let me tell you I'm a strong believer that every Canadian is equal, and you're certainly equal.

**Ms McLeod:** I know that, but all humans have the right to develop to their fullest potential, and my own people have not had that opportunity yet. I don't have information and statistics.

**Ms Genaille:** I think this is generalized, and I'll hand it over to Marc for the specifics. Generally, the Métis Nation has been lumped into the term "native aboriginal" so the reports out there are aboriginal.

What I said previously about being studied and studied is true. There have been studies in many areas. I'm not saying this committee isn't important, but what we're asking for is action. There is information out there so let's act and get the process rolling. As for the studies themselves, I'll let Marc answer.

**Mr. LeClair:** We're in the process of doing the first major demographic overview of the conditions of our population. It's never been done before and the resources have never been made available to us to do it. We can provide that for you in the next six weeks once it's completed.

I want to come back to this issue of studies. I don't want you to be dissuaded from taking on this task because some people are saying there are lots of studies. Let's say there are lots of studies and yet nothing has happened. That's where we are now.

We worked on a report with federal and provincial ministries of health for a year and a half and came up with a tripartite report. We went to a federal-provincial ministers' meeting with Ms Marleau in the chair and there was lots of follow-up action. We went to the meeting and after two and a half hours it was over, we were out of there and not a thing has been done since; nothing. That was a study we were working on before.

The government came in with this vaunted red book and promised an aboriginal health policy by and for aboriginal people, but where is it? It doesn't exist.

The ministry dressed up some short-term spending items. Its budget was cut in the longer term, so it dressed up some short-term priorities of 243, put a package together and said it was giving the first nations something.

## [Translation]

Si vous ne voulez pas que nous fassions une étude, pourriez-vous me dire quelles données statistiques vous avez actuellement sur des études réalisées dans le passé et que notre comité aurait, selon vous, intérêt à consulter aujourd'hui, et seriez-vous disposées à nous fournir ces statistiques?

Nous sommes ici pour vous écouter nous parler de vos problèmes et de vos préoccupations. C'est pour cela que nous sommes ici. Je ne peux parler que pour moi-même, mais je ne suis certainement pas ici pour perdre mon temps. Il y a bien d'autres questions auxquelles je pourrais me consacrer si je ne pensais pas que celle qui nous occupe est importante.

Même si je viens de l'est du pays, permettez-moi de vous dire que je suis fermement convaincu que tous les Canadiens et toutes les Canadiennes sont égaux et vous êtes certainement mes égales.

**Mme McLeod:** Je le sais, mais tout être humain a le droit de se développer pour réaliser pleinement son potentiel, et mon peuple n'a pas eu cette chance jusqu'à présent. Je n'ai pas de renseignements ni de statistiques.

**Mme Genaille:** Je pense que les statistiques sont générales et je vais passer la parole à Marc s'il vous faut des précisions. Globalement, les Métis ont été regroupés avec les «autochtones», de sorte que les rapports existants portent sur les autochtones dans leur ensemble.

Ce que j'ai dit tout à l'heure au sujet de toutes ces études successives est vrai. Il y a eu des études dans bien des domaines. Je ne dis pas que votre comité n'est pas important, mais je dis que nous voulons de l'action. L'information existe, alors passons à l'action et faisons démarrer la machine. En ce qui concerne les études elle-mêmes, je vais laisser Marc répondre à votre question.

**M. LeClair:** Nous sommes en train de réaliser la première grande étude démographique sur la situation de notre population. C'est une étude sans précédent, car on ne nous avait jamais fourni les ressources nécessaires avant. Nous pourrions vous la communiquer d'ici à six semaines, dès qu'elle sera terminée.

J'aimerais revenir à cette question des études. Je ne veux pas vous dissuader d'entreprendre cette tâche parce que certaines personnes disent qu'il y a des tas d'études. Disons qu'il y en a des tas et qu'il ne s'est pourtant rien passé. Nous en sommes rendus là.

Nous avons collaboré avec le ministère fédéral et les ministères provinciaux de la Santé pendant un an et demi pour produire un rapport tripartite. Nous sommes allés à la conférence fédérale-provinciale des ministres, présidée par Mme Marleau; il y avait beaucoup de suivi pour cette conférence. Nous y sommes allés et, après deux heures et demie, la conférence a pris fin. Nous sommes rentrés chez nous, et l'on a rien fait depuis, strictement rien. C'est une étude à laquelle nous avons collaboré.

Le gouvernement a été élu avec ce fameux Livre rouge dans lequel il a promis une politique de santé des autochtones par et pour les autochtones, mais où est cette politique? Elle n'existe pas.

Le gouvernement a enjolivé certains articles budgétaires à court terme. Étant donné que son budget a été comprimé à long terme, il a enjolivé quelques priorités à court terme de 243, préparé un ensemble de mesures et dit qu'il donnait quelque chose aux Premières nations.



[Texte]

In the long run the first nations are going to lose because there's less money; there's going to be a cap on the growth of expenditures. Where's the health policy?

We got a commitment for a head-start program for early intervention, which is very important. It has worked wonderfully in the United States with its Indian population. It went in the red book, was in the throne speech and there was a provision in the budget. Where is it? It's nowhere. You have some bureaucrats—

**Mr. Szabo (Mississauga South):** It's not something that happens automatically.

**Mr. LeClair:** No, no. I'm not saying that at all. I'm saying we have prepared our documentation. We have prepared an approach to go on and the government hasn't listened.

[Traduction]

À long terme, les Premières nations seront perdantes, parce qu'il y a moins d'argent; les dépenses vont plafonner. Où est la politique de la santé?

Nous avons obtenu l'engagement du gouvernement de mettre sur pied un programme d'aide préscolaire pour assurer une intervention auprès des jeunes enfants, ce qui est très important. Cette approche a donné des résultats merveilleux chez les Indiens des États-Unis. Elle a été mentionnée dans le Livre rouge et dans le discours du Trône, elle était prévue dans le budget, mais où est-elle? Nulle part. Il y a des bureaucrates. . .

**M. Szabo (Mississauga-Sud):** Cela n'arrive pas automatiquement.

**M. LeClair:** Non, non, ce n'est pas du tout ce que je dis. Je dis que nous avons préparé notre documentation. Nous avons préparé une approche, et le gouvernement ne nous a pas écoutés.

• 1005

**Mr. Culbert:** Mr. Chairman, I have just one final quick point.

I guess the point was that it was indicated that studies had been done. The previous presenters, as I understood, had indicated that there were never any statistical studies done in many of those areas. I wanted to get clarification on that.

If in fact there are and have been studies carried out in various areas that affect your people, then we should have copies of those studies. We should know what we're talking about in the stats. If they're up to date, that may very well answer many of our questions.

Ultimately, to settle some of your concerns, I would think it is the intent of this committee to make recommendations following the input of all the information we're able to gather. Those studies would form part of it.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Before you respond to that I'm going to cut off this questioner and go to Ms Bridgman. Basically he's asked you for any type of correspondence or communications you may have. We'd like to have that. I'm sure you will cooperate.

I'll go now to Ms Bridgman.

**Ms Bridgman (Surrey North):** Thank you very much for coming. I'd just like to reiterate that I'm sure most of us on this committee feel the same way you do about studies. We're a bit tired of all the studies being done as well. Not only that, they're costly.

One of the reasons we're sitting here is that we're trying to gather information as to how we can focus our attention, being a new group, without repeating and coming up with another study. Let's look at what we have, see if we can work with that, maybe expand upon specific directions and see how we come out. If you keep studying, and you do nothing with them, at some point you have to correlate them.

**M. Culbert:** Monsieur le président, j'ai juste une dernière précision à apporter rapidement.

Je pense que l'important, c'est que les témoins ont dit qu'il y avait eu des études. Si j'ai bien compris les témoins qui les ont précédées, ils avaient laissé entendre qu'il n'y avait jamais eu d'études statistiques sur une grande partie de ces questions. Je voulais des précisions à cet égard.

S'il y a bel et bien eu des études sur diverses questions d'intérêt pour votre population, eh bien, nous devrions en avoir des exemplaires. Nous devrions savoir de quoi il est question dans les statistiques. Si les statistiques sont à jour, elles pourraient fort bien répondre à beaucoup de nos questions.

En fin de compte, pour apaiser certaines de vos inquiétudes, je dirais que notre comité compte faire des recommandations qui s'inspireront de toute l'information que nous réussirons à amasser. Ces études en feraient partie.

**Le vice-président (M. Jackson):** Avant que vous ne répondiez, je vais couper la parole au député pour la donner à M<sup>me</sup> Bridgman. Fondamentalement, M. Culbert vous a demandé toute la correspondance ou toutes les communications que vous pourriez avoir. Nous aimerions les obtenir. Je suis sûr de pouvoir compter sur votre collaboration.

Je donne maintenant la parole à M<sup>me</sup> Bridgman.

**Mme Bridgman (Surrey-Nord):** Merci beaucoup d'être venues témoigner. J'aimerais simplement répéter que je suis sûre que la plupart des membres du comité partagent votre avis au sujet des études. Ces études-là nous fatiguent, nous aussi, et en plus, elles coûtent chers.

Une des raisons pour lesquelles nous sommes ici, c'est que nous essayons d'amasser de l'information pour qu'un nouveau groupe comme le nôtre puisse focaliser son attention sans réinventer la roue, c'est-à-dire sans faire une étude de plus. Voyons ce dont nous disposons, décidons si nous pouvons travailler avec cela en allant peut-être plus loin dans certaines directions, et nous verrons bien. Quand on fait étude après étude sans faire quoi que ce soit, on finit par devoir faire une corrélation.



[Text]

So far, based on that approach, I'm hearing—just to follow up on Hedy Fry's comment—that services are available from health care. You have access to services but for some reason you're maybe not using them to the same extent as other Canadians with different types of cultural backgrounds may be using them.

What I'm seeing is that we have a number of programs out there but they're not culturally oriented. They would probably be of better service to the individual if we looked at these programs and implemented them using the cultural players. Is that the message?

Have I made myself clear? For example, if you put in place a prenatal program and put in, say, myself, or somebody with a European background, I wouldn't have the same type of approach to that of, say, a Métis or other aboriginal, where that particular professional who came from that background would have—that type of thing. Are you saying that, or are you looking for separate programs manned by Métis? Can we coordinate them?

**Ms Genaille:** I'll just briefly start off, and then I'll pass it to Lucille. On the first part of your question, about the studies, when I said "being studied to death", I used the term "aboriginal". There has been a lot of studies on aboriginals. For Métis, as my colleagues ahead of us said, we haven't been studied as Métis-specific. There are studies on aboriginals where we're lumped together. I just wanted to clarify that.

For the services aspect of it, and the access to it, the answer is yes, we would like to be involved in its development and implementation.

I'll let Lucille add to that. She has been in the field for a number of years.

**Ms McLeod:** A simple answer, I guess, is that we need more people in those positions as models, standing up there and giving out the message. Let's face it, all of our lives we were taught by someone else. I think it's time we started teaching ourselves, started teaching our own. It perpetuates a positive feeling in the community.

**Ms Bridgman:** Possibly we could look at when health care programs are being introduced. If the percentage of need is significant in the Métis community, say, 60%—and I'm thinking of suicide, for example, if it's higher than in other areas—then part of that consideration should be to spend some money to educate a Métis to the point of being able to deliver that service effectively.

**Ms McLeod:** Yes, that would be very good.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** We have five minutes left. What you can do, if you don't mind, is to write down some of the questions and maybe give us a written response to the answers.

[Translation]

Jusqu'à présent, avec cette approche-là, j'avais l'impression—pour reprendre l'observation de Hedy Fry—que le régime de soins de santé dispense des services. Vous avez accès aux services, mais pour une raison quelconque, vous ne vous en servez peut-être pas autant que d'autres Canadiens qui ont des antécédents culturels différents.

J'ai l'impression que nous avons plusieurs programmes mais que ces programmes ne sont pas conçus en fonction de votre culture. Ils seraient peut-être plus utiles pour les bénéficiaires s'ils étaient appliqués par l'intermédiaire de gens de la même culture. C'est bien ce que vous voulez dire?

Est-ce que je me fais bien comprendre? Par exemple, si nous mettons sur pied un programme de soins prénataux et que nous en confions l'application à quelqu'un comme moi, mettons, à quelqu'un qui est d'ascendance européenne, eh bien, je n'aurais pas la même approche que celle d'un Métis ou d'un autre autochtone, alors que le professionnel des soins de la santé qui viendrait de votre milieu aurait... ce genre d'atout. Est-ce que c'est bien ce que vous voulez dire, ou pensez-vous à des programmes distincts appliqués par des Métis? Pouvons-nous coordonner ces programmes?

**Mme Genaille:** Je vais commencer par dire quelques mots, et je laisserai Lucille prendre la relève. Sur la première partie de votre question, au sujet des études, quand j'ai dit que nous avons été étudiés à en mourir, je parlais d'études sur les autochtones. Il y a eu beaucoup d'études sur les autochtones. Par contre, comme ceux de mes collègues qui m'ont précédée l'ont dit, il n'y a pas eu d'études importantes particulièrement sur les Métis. Il y a des études sur les autochtones dans lesquels nous sommes regroupés avec les Indiens et les Inuit.

Pour ce qui est des services et de l'accès aux services, la réponse est oui, nous aimerions participer à l'élaboration et à la mise en oeuvre des services.

Je vais laisser Lucille compléter ma réponse. Elle travaille dans le domaine depuis des années.

**Mme McLeod:** Pour vous répondre simplement, je dirai que nous avons besoin de plus de gens comme modèles à ces postes-là pour faire passer le message. Soyons réalistes: pendant toute notre vie, ce sont les autres qui nous ont enseigné. Je pense qu'il est bien temps que nous commençons à nous enseigner à nous-mêmes. C'est une action qui engendre un sentiment positif dans la communauté.

**Mme Bridgman:** Peut-être pourrions-nous y veiller au moment de l'introduction des programmes de soins de santé. Si les taux sont élevés chez les Métis, disons 60 p. 100—et je pense au taux de suicide, s'il est plus élevé que dans d'autres secteurs de la société—il faudrait notamment envisager de dépenser de l'argent pour permettre à un Métis de faire des études au point d'être en mesure de fournir ce service-là efficacement.

**Mme McLeod:** Oui, ce serait très bien.

**Le vice-président (M. Jackson):** Il nous reste cinq minutes. Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, vous pourriez prendre note de certaines des questions et peut-être y répondre par écrit.

[Texte]

[Traduction]

• 1010

Dr. Fry and Dr. Patry, I think, had requested to speak. I think I missed it, but the doctor apparently was on the list before. So if you two want to split that five minutes—

**Ms Fry:** I asked a question already.

**Mr. Patry (Pierrefonds—Dollard):** I just have a comment.

**Mr. LeClair:** Can I just say one thing for the record, Mr. Chairman? I can't sit still with this.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Yes, okay.

**Mr. LeClair:** It goes back to the suggestion by Mr. Szabo about biting the hand that feeds. What I want to say right at the start is I resent that very much, because the hand that feeds in this case is the federal government and we do not want that hand.

We pay taxes just like everybody else. We have problems and we think they're better solved through preventive care than through welfare. Putting the hand out that feeds is absolutely irresponsible.

**Some voices:** Hear, hear!

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** There is just one thing I want to clarify. When statements are made, I hope they will be made through the chair and they don't become personal. I don't think we want to watch a match of tennis between two people.

**Ms Fry:** I don't think he should respond.

**Mr. Szabo:** I have to respond.

**Ms Fry:** It's up to the chair to make a decision.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** No, doctor, I'm sorry. You two can have your discussion after.

**Mr. Szabo:** Just to clarify, I said bite the hand. I did not say bite the hand that feeds. It could be, and in fact it was—

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Do you mind directing your remarks to the chair, Mr. Szabo?

**Mr. Szabo:** —a helping hand. We're not the government. This is not the government.

**Mr. LeClair:** If we want the committee's help, we'll ask for it.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Gentlemen.

**Mr. Szabo:** It's not the government; it's a committee.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Dr. Patry has a point to make.

**Mr. Patry:** *Merci beaucoup*, Mr. Chair. Thank you very much. I'll speak in English. I'll try to improve my English a little bit. I just have a remark; it's not even a question.

Je crois que le D<sup>r</sup> Fry et le D<sup>r</sup> Patry aimeraient demander la parole. J'ai l'impression d'avoir raté le coche, mais le docteur Fry semble avoir été sur la liste avant. Alors, si vous voulez vous partager ces cinq minutes. . .

**Mme Fry:** J'ai déjà posé une question.

**M. Patry (Pierrefonds—Dollard):** J'ai juste une observation à faire.

**M. LeClair:** Monsieur le président, me permettrez-vous d'apporter une précision au procès-verbal? Il faut absolument que j'intervienne.

**Le vice-président (M. Jackson):** Oui, bien sûr.

**M. LeClair:** Je reviens à ce que M. Szabo a dit dans le sens de mordre la main qui nous nourrit. Je tiens à préciser d'emblée que cela me déplaît souverainement, parce que la main qui nous nourrit, en l'occurrence, c'est le gouvernement fédéral, et que nous ne voulons pas de cette main-là.

Nous payons des impôts comme tout le monde. Nous avons des problèmes et nous estimons qu'ils seront résolus plus efficacement par des soins préventifs que par des prestations d'aide sociale. Il est absolument irresponsable de parler d'une main qui nous nourrit.

**Des voix:** Bravo!

**Le vice-président (M. Jackson):** Je tiens à préciser que, quand quelqu'un a une déclaration à faire, j'espère qu'il la fera par l'intermédiaire du président, sans se livrer à des attaques personnelles. Je ne pense pas que nous voulons assister à un match de tennis entre deux personnes.

**Mme Fry:** Je ne pense pas qu'il devrait répondre.

**M. Szabo:** Il faut que je réponde.

**Mme Fry:** C'est au président d'en décider.

**Le vice-président (M. Jackson):** Non, docteur, je regrette. Vous pourrez avoir votre discussion à deux après.

**M. Szabo:** Je tiens à préciser que j'ai dit mordre la main. Je n'ai pas dit mordre la main qui nourrit. Cette main-là pourrait être et était en fait. . .

**Le vice-président (M. Jackson):** Monsieur Szabo, auriez-vous l'obligeance d'adresser vos remarques au président?

**M. Szabo:** . . .une main secourable. Nous ne sommes pas le gouvernement. Ce comité n'est pas le gouvernement.

**M. LeClair:** Si nous voulons l'aide du comité, nous la lui demanderons.

**Le vice-président (M. Jackson):** Messieurs.

**M. Szabo:** Ce n'est pas le gouvernement; c'est un comité.

**Le vice-président (M. Jackson):** Le docteur Patry aimerait faire une intervention.

**M. Patry:** *Thank you very much*, monsieur le président. Merci beaucoup. J'ai juste une remarque à faire. Ce n'est même pas une question.



## [Text]

Mr. Morin in his remarks said how can a government remove something—some hate—that doesn't exist right now? That was a good remark, and I think I understand very well his apprehension.

I just want to reassure, if I can reassure—I'm not even sure if I can reassure—that the green book has three major areas to be reformed. One of the areas is the security. The security is really to protect our social safety net to be able to maintain assistance to those who need it the most by reallocating resources so that the poor and the needy get a better share. That's the idea of the green book.

Just to close my remarks, there are in this green book some areas that are excluded in this reform. One area is the federal support to health care. I just want to make it clear; that could help to improve the discussion.

Thank you.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Dr. Fry.

**Ms Fry:** Mr. Chair, I have a question, but I just wanted to respond to the aboriginal head-start program.

The aboriginal head-start program is under way. There is consultation going on right now with aboriginal communities, because, as you know, we would like this to come from the bottom up, with the aboriginal communities driving the way the program is run.

That consolation is going on. I know the wheels move slowly, but the minister is really wanting this to get off the ground very soon. I can promise you that was not just words on a piece of paper.

I wanted to ask Ms McLeod a question. I hear what you're saying and I agree with you that probably the single most important issue with aboriginal health is the mental health issue—the lack of self-esteem.

You say you don't want to use aboriginal studies generically where they apply to the Métis. I know lack of self-esteem is a major cause of substance abuse and suicide in aboriginal peoples. Can you just tell me what the statistics are with regard to the Métis as opposed to other aboriginal groups with suicide and substance abuse?

**Ms McLeod:** I don't do numbers. I do people.

I just want to make a comment that speaks to a couple of comments you made. For many years our number one health program was supposed to be alcohol. It all goes back to what I'm talking about here—the feeling of no value, for many reasons that we don't have to go into here. You're probably aware of it anyway.

As far as our mental health goes, over the years we had a very low incidence of Métis people in mental health institutions, simply because we're not rigid persons. We're flexible and able to bend. However, with these gathering feelings of despondency, depression, low self-worth and giving up, I can see there are more people having those mental health problems.

## [Translation]

Dans son exposé, M. Morin s'est demandé comment le gouvernement peut faire disparaître une chose ou un sentiment. . . qui n'existe pas maintenant. Sa remarque était bonne, et je crois très bien comprendre son appréhension.

Je tiens juste à vous répéter, s'il m'est loisible de le faire, je ne suis même pas sûr que ce soit le cas—que le Livre vert porte sur trois grands secteurs de réforme. La sécurité est un de ces secteurs. En ce sens, il s'agit fondamentalement de protéger notre filet de sécurité sociale de façon à pouvoir continuer de venir en aide à ceux qui en ont le plus besoin en redéployant nos ressources pour que les pauvres et les défavorisés en reçoivent une plus grande part. C'est le principe fondamental du Livre vert.

Pour conclure, je dirai que certains secteurs ne seront pas touchés par la réforme prévue dans le Livre vert. L'aide fédérale aux soins de santé est l'un de ces secteurs. Je tiens à le préciser, car cela pourrait faciliter la discussion.

Merci.

**Le vice-président (M. Jackson):** Docteur Fry.

**Mme Fry:** Monsieur le président, j'ai une question, mais je veux simplement répondre à ce qui a été dit sur le programme d'aide préscolaire à l'intention des autochtones.

Ce programme est déjà lancé. Nous procédons actuellement à des consultations avec les communautés autochtones, parce que, comme vous le savez, nous aimerions que ce système soit conçu à partir de la base, autrement dit que les communautés autochtones décident comment il doit être administré.

Les consultations ont commencé. Je sais que le processus est lent, mais la ministre tient vraiment à ce que le programme soit mis en oeuvre très bientôt. Je peux vous promettre que ce n'était pas simplement une affaire de mots sur un bout de papier.

Je voulais poser une question à M<sup>me</sup> McLeod. Je comprends ce que vous dites, et je suis d'accord avec vous: il est probable que le plus gros problème de santé actuel des autochtones est celui de la santé mentale, du manque d'estime de soi.

Vous dites que vous ne voulez pas vous servir des études génériques sur les autochtones pour ce qui concerne les Métis. Je sais que le manque d'estime de soi est une cause importante d'abus d'intoxicants et de suicide chez les peuples autochtones. Pourriez-vous me donner les statistiques sur le taux d'incidence du suicide et de l'abus d'intoxicants chez les Métis comparativement aux autres groupes autochtones?

**Mme McLeod:** Je ne fais pas de statistiques. Je m'occupe des gens.

Je vais vous répondre par un commentaire sur deux des vôtres. Pendant des années, on pensait que notre plus gros problème de santé était l'alcoolisme. Tout cela revient à ce dont je parle ici, à ce sentiment de ne valoir rien pour bien des raisons, dont nous n'avons pas besoin de parler maintenant. Vous savez probablement de quoi il retourne de toute façon.

En ce qui concerne notre santé mentale, nous avons eu au fil des années très peu de Métis dans les hôpitaux pour maladies mentales, simplement parce que nous ne sommes pas des gens rigides. Nous sommes souples et nous savons plier. Néanmoins, quand je vois s'accumuler ces sentiments de découragement, de dépression, de manque d'estime de soi et d'abandon, je pense que plus de gens ont des problèmes de santé mentale aujourd'hui.



[Texte]

That's the way I see it. I don't do numbers.

• 1015

**Ms Fry:** Marc, do you have those numbers?

**Mr. LeClair:** I think some of them are in the report—

**Ms Fry:** In Diane's report?

**Mr. LeClair:** Yes.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Thank you very much. We are out of time. I notice the next delegation has arrived. I want to thank you, ladies and gentlemen, for being here and for your presentation. We look forward to working with you.

We will take a minute to set up the next group.

• 1016

• 1020

**The Chairman:** Order, please. We now welcome the Inuit Women's Association. . . I will leave it to Martha Flaherty to pronounce the name for me because I'm not sure of it. But I welcome her from the Inuit Women's Association and I invite her to introduce her team, please.

**Ms Martha Flaherty (President, Pauktuutit (Inuit Women's Association)):** Before I introduce ourselves I'd like to ask our first questions. Why are we appearing here? What's your objective after this meeting?

**The Chairman:** Well, I'm glad you asked the question, but I'm sorry you had to ask it because that should have been communicated to you in a letter; let me give it to you in capsule form. Do we have a copy of the letter that was sent? You didn't receive the letter obviously, Martha, did you?

**Ms Flaherty:** We did.

**The Chairman:** It's fairly clearly stated in the letter. But if there is some misunderstanding or if you want it repeated, we can say that again.

Simply put, the committee, on the advice of one of the aboriginal organizations—the one that was here this morning, the Métis National Council—explored the possibility of looking at aboriginal health issues, and following some other consultations decided in principle to look at the particular issue of aboriginal health issues. However, we also decided as a committee, before proceeding, to seek the advice of organizations such as yours that have an interest in and an expertise in these matters. And that's what brings us here.

You are, I think, the sixth in a series of sets of witnesses that have come before the committee on Tuesday and today, hopefully to give us your advice on how we should proceed in a study of this issue.

**Ms Flaherty:** I'm Martha Flaherty, as you already know. I'm president of the national Inuit Women's Association, Pauktuutit. I'd like to thank you for meeting us here this morning. I'd like to introduce Roda Grey. She's our national coordinator for health. We also have Tracy O'Hearn. She's our special projects coordinator.

[Traduction]

C'est comme ça que je le vois. Je ne fais pas de statistiques.

**Mme Fry:** Marc, avez-vous ces chiffres?

**M. LeClair:** Il y en a certains dans le rapport. . .

**Mme Fry:** Dans le rapport de Diane?

**M. LeClair:** Oui.

**Le vice-président (M. Jackson):** Merci beaucoup. Nous manquons de temps. Je remarque que la prochaine délégation est arrivée. Je vous remercie, mesdames et messieurs, de votre présence et de votre exposé. Il nous tarde de travailler avec vous.

Nous allons prendre une minute pour installer le prochain groupe.

**Le président:** À l'ordre, s'il vous plaît. Nous accueillons maintenant l'Association des femmes Inuit. . . Je laisserai Martha Flaherty prononcer le nom à ma place, car j'ai peur de me tromper. Elle représente l'Association des femmes Inuit, et je lui souhaite la bienvenue. Je l'invite à présenter son équipe, si elle le veut bien.

**Mme Martha Flaherty (présidente, Pauktuutit (Association des femmes Inuit)):** Avant de nous présenter, j'aimerais poser quelques questions. Pourquoi comparaissons-nous ici? Quel est votre objectif pour la suite de cette réunion?

**Le président:** Ma foi, je suis heureux que vous posiez la question, mais navré que vous ayez dû le faire, car cela aurait dû vous être communiqué par lettre; permettez-moi de vous la résumer. Avons-nous une copie de la lettre? Vous n'avez pas reçu la lettre, manifestement, Martha, n'est-ce pas?

**Mme Flaherty:** Nous l'avons reçue.

**Le président:** C'est assez clairement expliqué dans la lettre. Mais s'il y a eu quelque malentendu, ou si vous voulez l'entendre encore une fois, nous pouvons la répéter.

Essentiellement, le comité, sur l'avis de l'un des organismes autochtones—celui qui était ici ce matin, le Conseil national des métis—a exploré la possibilité d'examiner les questions de santé des autochtones et, après certaines autres consultations, a pris la décision de principe d'étudier en particulier les questions de santé des autochtones. Cependant, le comité a aussi décidé, avant d'aller de l'avant, de demander l'avis d'organismes comme le vôtre, qui s'intéressent à ces questions et s'y connaissent. Et c'est ce qui nous amène ici.

Si je ne m'abuse, vous êtes le sixième groupe de témoins à comparaître devant notre comité, mardi et aujourd'hui, pour, espérons-nous, nous conseiller sur la façon de mener notre étude de cette question.

**Mme Flaherty:** Je suis Martha Flaherty, comme vous le savez déjà. Je suis présidente de l'Association des femmes Inuit Pauktuutit. Je tiens à vous remercier de nous rencontrer ici ce matin. J'aimerais vous présenter Roda Grey. Elle est notre coordonnatrice nationale de la santé. Il y a aussi Tracy O'Hearn. Elle est notre coordonnatrice des projets spéciaux.

## [Text]

Pauktuutit was mandated by Inuit Tapirisat of Canada to act on behalf of all Inuit in the area of health at the national level. Since our incorporation in 1984, Pauktuutit has developed considerable expertise in the area of health.

I would also like to point out that we are not represented by the Native Women's Association of Canada, nor are we represented by IGC. IGC is a national organization for Inuit, but we have very separate, different priorities.

I keep repeating myself everywhere I go to the meetings that we are not represented by any other national aboriginal association or organization. I hope people keep that in mind.

I would like to begin by explaining the difference between Inuit and other aboriginal peoples in Canada. There is a common misconception that all aboriginal people in Canada are one group with the same culture. Inuit are unique and distinct people. Our language is Inuktitut. I would love to speak Inuktitut this morning because English is my second language, but we didn't have an interpreter.

We have two writing systems, syllabics and Roman orthography, and several dialects. Both our language and culture are thriving, but more in some regions than others.

I won't be talking for long, okay?

**The Chairman:** You're doing great.

**Ms Flaherty:** Among Inuit, while we share the same culture and language, we are not a homogeneous group. There are significant differences among regions, especially in contemporary society.

Since we have only half an hour to discuss a huge, complicated issue, we will only be addressing our priorities in a general manner. We would appreciate the opportunity to discuss the health needs of the Inuit in more detail, but there is no time.

## • 1025

When I was looking at your questions, I almost told myself I want to answer it in one sentence, because in the north we cannot separate social, political and economic issues.

**Ms Roda Grey (Health Coordinator, Pauktuutit (Inuit Women's Association)):** Good morning. I would like to address a little the first question we did. The purpose of Martha's question was what is your objective. It's because we have given many presentations to the government for many years and also a lot of information about Inuit health. As national health coordinator, I am constantly giving the Canadian statistics on health, that we have the highest level of health problems in the world. For example, smoking is the highest cause of health problems among the Inuit people.

We have examined your discussion questions and we also have advised our health boards in the northern communities. We will try our best to give some of the answers to your questions, but we were a little bit exhausted by looking at your

## [Translation]

Pauktuutit tient de l'Inuit Tapirisat du Canada le mandat de représenter l'ensemble des Inuit dans le domaine de la santé au niveau national. Depuis sa constitution en 1984, Pauktuutit a acquis des connaissances très poussées dans le domaine de la santé.

J'aimerais aussi vous signaler que nous ne sommes pas représentées par l'Association des femmes autochtones du Canada, ni par l'IGC. L'IGC est l'organisme national pour les Inuit, mais nous avons des priorités différentes, très distinctes.

Je ne cesse de me répéter dans toutes les réunions auxquelles j'assiste pour dire que nous ne sommes pas représentées par quelque autre association ou organisme autochtone national. J'espère que les gens se le rappellent.

J'aimerais commencer par expliquer la différence entre les Inuit et les autres peuples autochtones du Canada. On croit souvent, à tort, que tous les peuples autochtones au Canada sont un même groupe appartenant à la même culture. Les Inuit sont un peuple particulier et distinct. Notre langue est l'Inuktitut. J'aimerais parler Inuktitut ce matin, car l'anglais est ma langue seconde, mais nous n'avions pas d'interprète.

Nous avons deux systèmes d'écriture, le système syllabique et l'orthographe romaine, et plusieurs dialectes. Mais notre langue et notre culture sont florissantes, quoique davantage dans certaines régions que dans d'autres.

Je resterai brève, si vous le voulez bien?

**Le président:** Continuez, c'est parfait.

**Mme Flaherty:** Chez les Inuit, nous ne sommes pas un groupe homogène, même si nous avons une culture et une langue commune. Il y a de grandes différences entre les régions, surtout dans la société contemporaine.

Puisque nous avons une demi-heure pour discuter d'une question extrêmement complexe, nous ne présenterons nos priorités qu'en termes généraux. Nous serions heureuses d'avoir la possibilité de discuter plus en détail des besoins de santé des Inuit, mais nous n'avons pas le temps.

En voyant vos questions, j'ai eu envie d'y répondre en une seule phrase, car dans le nord, les questions sociales, politiques et économiques sont indissociables.

**Mme Roda Grey (coordonnatrice de la santé, Pauktuutit (Association des femmes Inuit)):** Bonjour. J'aimerais parler un peu de notre première question. L'objet de la question de Martha est: «Quel est votre objectif». Nous avons remis au gouvernement de nombreux exposés depuis de nombreuses années, ainsi qu'une foule d'informations sur la santé des Inuit. En tant que coordonnatrice nationale de la santé, je donne constamment les statistiques canadiennes sur la santé, des statistiques indiquant que c'est nous qui avons le plus de problèmes de santé au monde. Ainsi, le tabagisme est la première cause des problèmes de santé chez les Inuit.

Nous avons examiné les questions que vous avez soumises à la discussion et nous avons aussi informé les conseils de santé de nos collectivités du nord. Nous ferons de notre mieux pour répondre à vos questions, mais nous commençons à en avoir



[Texte]

questions because it seems they are repeating and repeating. Again, our approach to you is that, hopefully, we will have an understanding of what your goals are and what is going to be the result of this.

In our presentation I will also point out something later that I have worked on with the territorial, provincial and federal governments, a tripartite group on aboriginal health two years ago. The ministers had a meeting on that so I will bring that up later. We are very pleased that you invited us as it gives us a chance to speak to you and hopefully we will give you some of the answers you want to know that you can work with. Thank you.

**Ms Flaherty:** Do you want us to just go ahead and answer all the questions?

**The Chairman:** No, no, not particularly, Martha. The letter or the memo to you was just to give you some indication of some of the issues that are on our minds. Your comment, Martha, and your comment, Roda, on the content of the letter itself is instructive to us because if we're asking some of the wrong questions, maybe that demonstrates our need to study this issue to get our own heads around. That is one of the reasons why we are studying the issue. We don't pretend to have even the right questions, let alone the right answers.

If you've finished with your opening statements, unless there's something else you want to say by way of introduction, we'd like to allow members of the committee to put some questions to you. The whole purpose this morning is to get your advice on how we should go about this step. So are you ready for some questions?

**Ms Flaherty:** We can go ahead.

**The Chairman:** Roda, in terms of the specific answers, as you see them now, to the questions that we've given you, if you have those we'd like to have a copy of them, but I wouldn't take the time of the committee to do it. I'd rather have a discussion with you this morning, if that is agreeable. Is that fair ball?

**Ms Grey:** Yes.

**The Chairman:** Okay.

**Ms Grey:** I would like to address some of the issues that came out of your letter. That was really good for studying the discussion because we cannot start from anything.

I would like to start addressing the health conditions in the communities. We cannot give you the most difficult health problem in Inuit communities because all the priorities for all the health is different from each region. We have six regions. We have Labrador, Northern Quebec, Baffin region, Keewatin, Kitikmeot, and Inuvik region. All those regions have a different priority.

You haven't mentioned a lot of things in your letter about mental health, suicide and family violence. They are all common, but I cannot tell the specific thing that you have to focus on to fix it. It's impossible. It's impossible to fix one thing, because all the issues we have to deal with have many factors, and that's one thing I wanted to address.

[Traduction]

par-dessus la tête de vos questions qui se répètent et se répètent sans cesse. Encore une fois, nous nous présentons devant vous en espérant avoir compris vos objectifs et le résultat visé.

Dans notre exposé, je signalerai aussi une question sur laquelle j'ai travaillé avec les gouvernements territoriaux, provinciaux et fédéraux, un groupe tripartite ayant étudié la santé des autochtones il y a deux ans. Il y a eu une réunion de ministres à ce sujet, et j'y reviendrai plus tard. Nous sommes très heureuses de votre invitation, car cela nous donne la chance de vous parler et, espérons-nous, de vous donner certaines des réponses que vous recherchez qui pourront vous être utiles. Merci.

**Mme Flaherty:** Voulez-vous que nous commençons tout de suite à répondre à toutes les questions?

**Le président:** Non, non, pas particulièrement, Martha. La lettre ou la note qui vous a été adressée ne se voulait autre chose qu'une indication des questions que nous avons à l'esprit. Votre commentaire, Martha, et le vôtre, Roda, sur le contenu de la lettre même nous éclairent, car si nous posons un certain nombre de mauvaises questions cela démontre peut-être que nous devons étudier ces questions pour mettre de l'ordre dans nos idées. C'est une des raisons pour lesquelles nous étudions la question. Nous ne prétendons pas avoir les bonnes questions, et encore moins les bonnes réponses.

Si vous en avez fini avec votre introduction, à moins que vous ayez quelque chose d'autre à ajouter, nous allons laisser les membres du comité vous interroger. La réunion de ce matin a uniquement pour but d'obtenir votre avis sur la façon de nous y prendre. Êtes-vous prêtes pour les questions?

**Mme Flaherty:** Allons-y.

**Le président:** Roda, pour ce qui est des réponses précises, comme vous les voyez maintenant, aux questions que nous vous avons communiquées, si vous les avez, nous aimerions en avoir une copie, mais je ne veux pas que le Comité y consacre son temps. Je préférerais avoir une discussion avec vous ce matin, si cela vous conviens. Cela vous va?

**Mme Grey:** Oui.

**Le président:** Très bien.

**Mme Grey:** J'aimerais aborder certaines des questions qui sont ressorties de votre lettre. Cela a été très utile pour la discussion, car nous ne pouvons pas partir de rien.

J'aimerais commencer par parler des conditions de santé dans les collectivités. Nous ne saurions vous indiquer le problème de santé le plus difficile dans les collectivités Inuit, car toutes les priorités en matière de santé sont différentes d'une région à l'autre. Nous avons six régions. Nous avons le Labrador, le nord du Québec, la région de Baffin, de Keewatin, le Kitikmeot, et la région d'Inuvik. Aucune de ces régions n'a la même priorité.

Il y a bien des choses que vous ne mentionnez pas dans votre lettre au sujet de la santé mentale, du suicide et de la violence familiale. Tout cela est fréquent, mais je ne vois pas à quoi au juste vous devez vous attaquer pour régler ces questions. C'est impossible. Il est impossible de régler une seule chose, parce que toutes les questions dont nous devons traiter sont liées entre elles, et je voulais justement en parler.



## [Text]

Family violence is one big issue, and suicide. They all have factors behind them. We cannot tell you what the answers would be. I think Martha is going to address it later. We identify quite a lot of things. We talk about family violence and suicide. Then we talk about alcohol addiction. That's one of the biggest problems we have. Addressing alcoholism is very difficult.

All the Inuit communities assessed can only be reached by air because they are so remote. The access to services is very expensive. We are so different from what's happening in the south because we don't have access to the services.

Social factors such as unemployment and the housing crisis have a serious impact on the mental health issues such as suicide and violence. There are many different issues, but they cannot be generalized to apply to all regions or be interpreted as applying only to certain groups. Young men are at an extremely high risk of suicide. The experience of family violence and the resulting lack of self-esteem are primary issues for women and children. Sexual abuse of children has life-long repercussions.

One of the health boards identified the last population of elders and a large number of young women, mothers. The elders and the younger generation are another area we are trying to deal with.

As I said earlier, one cannot identify one single issue to be addressed in isolation from the many complex factors that contribute to the lack of self-esteem and mental health of Inuit.

We also identify a few things that are successful, because in your letter you asked us to indicate something that is successful. We have a small community in northern Quebec called Povungnituk, Nunavik, in northern Quebec. It's an Inuit-designed facility for midwifery services. It's doing very well. Unfortunately it's not a long-term service. It's a pilot project. We are always dealing with pilot projects. They are for the short-term. We'd like to see long-term guaranteed services that are working. That is our trouble. Martha is going to address that later.

We also have a hospital in Kuujuaq, Nunavik, which is governed by the Inuit. That is a good example. They have a struggle with their own people, but they are trying to deal with their own issues in the communities. To be honest with you, to change society for better health or social problems—it is very hard to change society. It's a difficult task trying to change people for better health or a better life.

So we have many struggles and we know that the rest of the country is looking at the Inuit and the aboriginal people who have health problems. We have a struggle because of what happened in history. We cannot fix history, but we have to address things that are happening today for the future.

## [Translation]

La violence familiale est un gros problème, tout comme le suicide. Il y a toute sorte de facteurs là-dedans. Nous ne saurions vous donner les réponses. Martha va en parler tantôt. Nous mentionnons pas mal de choses. Nous parlons de violence familiale et de suicide. Ensuite nous parlons d'alcoolisme. C'est l'un de nos plus gros problèmes. L'alcoolisme est un problème très difficile.

Toutes les collectivités Inuit qui ont été évaluées ne sont accessibles que par avion, en raison de leur éloignement. L'accès aux services coûte très cher. Notre situation est bien différente de ce qui se passe dans le sud, parce que nous n'avons pas accès aux services.

Des facteurs sociaux comme le chômage et la crise du logement ont de graves répercussions sur les questions de santé mentale comme le suicide et la violence. Il y a bien des problèmes différents, mais il n'est pas possible de généraliser pour les appliquer à toutes les régions ou de leur donner une interprétation applicable à certains groupes seulement. Le risque de suicide est extrêmement élevé chez les jeunes gens. L'expérience de la violence familiale et le manque d'estime de soi qui en résulte sont des questions essentielles pour les femmes et les enfants. Les enfants souffrent toute leur vie des mauvais traitements dont ils sont victimes.

Un des conseils de la santé s'est penché sur la plus vieille génération, celle des aînés, et sur un grand nombre de jeunes femmes et de mères. Nous essayons aussi de nous occuper des aînés et de la jeune génération.

Comme je l'ai dit, on ne peut pas isoler un élément en particulier sans tenir compte des nombreux facteurs complexes qui contribuent à l'absence d'estime de soi et au mauvais état de santé mentale des Inuit.

Nous mentionnons aussi certaines choses qui marchent, comme vous nous l'avez demandé dans votre lettre. Nous avons une petite collectivité dans le nord du Québec qui s'appelle Povungnituk (Nunavik). Il y a là un centre conçu par des Inuit pour les services de sages-femmes. Il marche très bien. Malheureusement, ce n'est pas un service à long terme, c'est un projet pilote. Nous avons toujours affaire à des projets pilotes. Ils sont à court terme. Nous aimerions avoir des services garantis à long terme qui fonctionnent. Voilà notre problème. Martha va en parler plus tard.

Nous avons aussi un hôpital à Kuujuaq, (Nunavik), qui est administré par les Inuit. C'est un bon exemple. Ils doivent lutter pour leur population, mais ils cherchent à régler leurs problèmes au sein des collectivités. Pour être franche avec vous, il est très difficile de changer la société pour régler les problèmes de santé ou de société. Il est difficile de changer le monde pour que chacun ait une meilleure santé ou une meilleure vie.

Nous avons donc de nombreux combats à mener et nous savons que le reste du pays s'intéresse aux Inuit et aux autochtones qui ont des problèmes de santé. Nous avons un combat à mener à cause de ce qui s'est passé dans l'histoire. Le passé, c'est le passé, mais il nous faut régler aujourd'hui les problèmes en prévision de l'avenir.

[Texte]

[Traduction]

• 1035

Now I will let my president talk. My own opinion, as the health coordinator—when I look at the health and social issues...we cannot fight what has happened in history, but we struggle trying to make governments understand what are our needs. We need training for the Inuit, we need education, we need housing. We need many things. I am afraid the health and social problems we have will increase because of the cutbacks in the health system. We are short-staffed right now in the community. Thank you.

**The Chairman:** Thank you. It came to my attention only recently that you might have been better served if we had arranged to have an Inuit translator with us this morning. I realize English is not your first language, Martha. I apologize for that. When you come back later in the proceedings, as I hope you will, we shall arrange to have a translator here so you can speak to the committee directly in your first language.

I just have one intervenor at the moment. Margaret.

**Ms Bridgman:** Thank you, Mr. Chairman.

Thank you very much for coming. My background is nursing. I haven't worked in the far north, but I have worked north. One of the concerns we had was access to tertiary care level hospitals, where the specialists were and where all the fantastic equipment is—that kind of thing. You did touch on the fact that there are hospitals in certain areas in the north and you also mentioned that air transport is the only way out.

The other thing with air transport was that if wasn't a life threatening or debilitating condition, you didn't get the emergency-type services. You had to go through commercial services. Now I'm going back a bit on that. I think we have addressed that somewhat as far as ambulance services are concerned. There was a cost factor. I'm wondering what happens when you get a life-threatening situation. Is emergency service available there to get these people to a tertiary care kind of hospital?

**Ms Flaherty:** It depends on which region you're from. It depends on which community you're from. I'm originally from Grise Fiord, which is the most remote community in Canada. We were relocated to Grise Fiord from northern Quebec, as you know. We have facilities, like airlines, but it also depends a lot on weather. It used to be very difficult when there was an emergency, but now it's much more adequate because there are now phones for emergency cases and airlines. It's not as threatening as before.

Maybe Roda could add more.

**Ms Grey:** In case of an emergency, I'm sure it's costly for the government because you have to charter the plane if it's an emergency. But we have facilities. If it's in a small community in northern Quebec, where our mothers come from, it will take at least an hour or maybe more than an hour for the plane to get the patient, transfer that patient to Kuujuaq or Iqaluit, and if it's necessary they have to go to Montreal or wherever the largest hospital is.

Je vais maintenant laisser parler ma présidente. À mon avis, en tant que coordonnatrice de la santé—lorsque je vois les problèmes de santé et les problèmes sociaux... nous ne pouvons revenir sur le passé, mais nous nous débattons pour sensibiliser les gouvernements à nos besoins. Nous avons besoin de formation pour les Inuit, besoin d'éducation, besoin de logement. Nous avons besoin de bien des choses. Je crains que les compressions dans le système de santé n'aggravent nos problèmes de santé et nos problèmes sociaux. Nous manquons de personnel, à l'heure actuelle, dans la collectivité. Merci.

**Le président:** Merci. Ce n'est que récemment qu'on m'a signalé que nous aurions pu vous faciliter la tâche en retenant les services d'un interprète Inuit ce matin. Je comprends bien que l'anglais n'est pas votre première langue, Martha. Excusez-moi. Lorsque vous reviendrez plus tard devant notre comité, comme je l'espère, nous ferons venir un interprète pour que vous puissiez parler au Comité directement dans votre première langue.

Je n'ai qu'une seule intervenante pour l'instant. Margaret.

**Mme Bridgman:** Merci, monsieur le président.

Merci beaucoup d'être venues. J'ai une formation d'infirmière. Je n'ai pas travaillé dans le Grand Nord, mais j'ai quand même travaillé dans le nord. L'un de nos problèmes était l'accès aux hôpitaux de soins tertiaires, où se trouvaient les spécialistes et tout le matériel de pointe, par exemple. Vous avez évoqué la présence d'hôpitaux dans certaines régions du nord et mentionné également que le transport aérien est le seul moyen d'en sortir.

Il faut dire aussi au sujet du transport aérien qu'il est impossible d'obtenir des services d'urgence à moins que la vie du malade soit en danger ou que ce dernier soit dans un état grave. Il faut alors passer par les services commerciaux. J'y reviens. Je pense que nous en avons parlé en ce qui concerne les services d'ambulance. Il y avait un facteur de coût. Je me demande ce qui se passe lorsque la vie du patient est en danger. Y a-t-il un service d'urgence disponible pour transporter ces gens-là dans un hôpital de soins tertiaires?

**Mme Flaherty:** Tout dépend de la région et de la collectivité. Je viens du Grise Fiord, qui est la collectivité la plus éloignée au Canada. Nous avons déménagé du nord du Québec pour aller à Grise Fiord, comme vous le savez. Nous avons des moyens de Transport comme les lignes aériennes, mais cela dépend aussi beaucoup des conditions météorologiques. C'était très difficile en cas d'urgence, mais maintenant c'est beaucoup mieux parce nous avons des téléphones pour les cas d'urgence et des lignes aériennes. Ce n'est plus aussi dangereux qu'avant.

Roda aurait peut-être quelque chose à ajouter.

**Mme Grey:** En cas d'urgence, je suis sûre que cela coûte cher au gouvernement parce qu'il faut nolisier l'avion. Mais nous avons d'autres moyens. S'il s'agit d'une petite collectivité du nord du Québec, d'où viennent nos mères, il faut au moins une heure et peut-être plus pour faire venir l'avion, transférer le patient à Kuujuaq ou à Iqaluit, et, si nécessaire, il faut aller jusqu'à Montréal où jusqu'à un grand hôpital.



## [Text]

That's a mechanical thing. We have service for that. Sometimes we don't even think about that because if it's an emergency, the plane goes there. In our tradition it's an emergency. . . If death occurs in our tradition, we tend to be accepting more the nature of the death.

## [Translation]

C'est automatique. Nous avons du service pour cela. Parfois, nous n'y pensons même pas, parce que s'il y a une urgence, l'avion s'y rend. Dans notre tradition, c'est une urgence. . . Si la mort survient dans notre tradition, nous avons tendance à mieux accepter la nature de la mort.

• 1040

**Ms Bridgman:** I have another point. I'm thinking of access to service. There's more than one way of getting access to service—i.e., going to where the service is. Another way is having the service come to you through professional people visiting and what have you. There's even taking it into an educational kind of thing. With satellites and technology we can now put out educational programs and that sort of thing.

Has there been an improvement, say, in the rate of visiting specialists? Are the kinds of specialists you need coming, or the services? What about health care education? If we were to have a national program and one of the methods of getting it to the Canadian citizen would be via television, would you actually get it?

**Ms Grey:** It's very difficult for me to answer that. You're talking about all these services, the satellite and education. That is wonderful to hear, but unfortunately we don't have all those services because they cost money. It costs money for the satellite. I think you have to live in the north for 20 years and then you will understand how complicated it is. We don't have access to those kinds of things because it's very costly.

We don't have many Inuit who graduate in the health system. To be quite honest with you, my frustration is that the health system we have in the north is serving what is to do. We have hospital services. We have doctors. We have nurses. We have interpreters. We have social workers. We have alcohol and drug abuse workers. We have all those services. What's happening now is it's mainly to maintain crisis management. I don't know if you understand the crisis management. There are no prevention programs. It's multiplying the problem.

**Ms Flaherty:** Like Roda said, facilities are not a priority to me, although we need them. We have facilities in the communities like nursing stations, just to name one. Our biggest problem as the Inuit Women's Association is looking at social problems. Our biggest problems right now are family violence, sexual abuse, and drug and alcohol. We don't have the facilities in the communities, only in bigger regions like Yellowknife or Iqaluit.

I was sitting on a panel on violence against women two years ago and everywhere I went, the women, the people in the community, spoke up asking for long-term or permanent facilities designed by Inuit who have a sense of responsibility for it instead of bandaging social problems. We have services from the south or Yellowknife that are short-term. We don't have permanent facilities.

**Mme Bridgman:** J'ai un autre point à soulever. Je pense à l'accès aux services. Il y a plusieurs façons d'avoir accès aux services—on peut toujours aller là où est le service. Une autre façon, c'est de faire venir le service en faisant venir des professionnels, etc. Il y a même moyen de lier cela à l'éducation. Grâce aux satellites et à la technologie, nous pouvons maintenant diffuser des émissions éducatives et autres choses de ce genre.

Est-ce que, par exemple, le nombre de spécialistes venus de l'extérieur a augmenté? Recevez-vous les spécialistes, les services requis? Et que dire de l'éducation en matière de santé? Si nous avions un programme national et que l'une des méthodes de diffusion auprès de la population canadienne soit la télévision, le recevriez vous effectivement?

**Mme Grey:** Il m'est très difficile de répondre à cette question. Vous parlez de tous ces services, des satellites et de l'éducation. C'est très joli, mais malheureusement nous n'avons pas tous ces services parce qu'ils coûtent cher. Le satellite coûte cher. Il faut passer 20 ans dans le Nord pour comprendre à quel point c'est compliqué. Nous n'avons pas accès à ce genre de choses, parce que c'est très coûteux.

Les Inuit ne sont pas nombreux à obtenir un diplôme dans le système de santé. Pour être bien honnête avec vous, je vous dirai que je suis frustrée par le système de santé que nous avons dans le Nord. Nous avons des services hospitaliers. Nous avons des médecins. Nous avons des infirmières. Nous avons des interprètes. Nous avons des travailleurs sociaux. Nous avons des travailleurs dans le domaine de l'alcoolisme et des toxicomanies. Nous avons tous ces services. Toutefois, nous ne faisons que gérer la crise. Je ne sais pas si vous savez ce que c'est de gérer la crise. Il n'y a pas de programmes de prévention. On ne fait que multiplier les problèmes.

**Mme Flaherty:** Comme Roda l'a dit, les installations ne sont pas une priorité pour moi, mais nous en avons besoin. Nous avons des installations dans les collectivités comme les infirmeries, pour ne nommer que celles-là. Notre association des femmes Inuit s'efforce avant tout d'étudier les problèmes sociaux. Nos plus gros problèmes, aujourd'hui, sont la violence familiale, les mauvais traitements d'ordre sexuel, et l'alcoolisme et les toxicomanies. Nous n'avons pas les installations dans les petites localités, mais seulement dans les grandes collectivités comme Yellowknife ou Iqaluit.

J'ai siégé il y a deux ans au sein d'un comité sur la violence faite aux femmes. Partout où je suis allée, les femmes, les gens de la collectivité, nous ont réclamé des installations à long terme ou permanentes conçus par des Inuits qui s'en sentiraient responsables, plutôt que la pose de cataplasmes sur des problèmes sociaux. Nous avons des services venus du Sud ou de Yellowknife qui sont à court terme. Nous n'avons pas d'installations permanentes.



## [Texte]

When we ask for money they say they have given us money, but money is always short-term and it doesn't work because it's not permanent in the communities. In the long run, if we have permanent facilities and counsellors and other things we need, it's going to save money. That's what we're looking for. That is the number one problem we have. I've been addressing it over and over everywhere I go, but nobody seems to be listening.

**Ms Grey:** The other thing about the services in the north is that we have the southern professionals working in the north—doctors, nurses, social workers. Those people are not Inuit. In the past, in the beginning, it was considered that they were going to solve our problems. We're paying for it because they are dealing with the crises only and they expect to solve the problems for the people. Our older generation is thinking, okay, we have nurses and social workers. They're going to deal with our teenagers, with our health, and will give us the medication.

## [Traduction]

Lorsque nous demandons de l'argent, on nous dit qu'on nous en a déjà donné, mais l'argent est toujours versé à court terme, et il ne produit rien de bon parce qu'il n'est pas affecté à des projets permanent dans les collectivités. À long terme, si nous avons des installations permanentes, des conseillers et autres facilités dont nous avons besoin, cela coûtera moins cher. C'est ce que nous voulons. C'est notre problème prioritaire. Je n'ai pas cessé d'en parler partout où je vais, mais personne ne semble écouter.

**Mme Grey:** L'autre chose au sujet des services dans le Nord, c'est que les professionnels du Sud viennent travailler dans le Nord: les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux. Ces gens-là ne sont pas Inuit. Par le passé, au début, on considérait qu'ils allaient régler nos problèmes. Nous en payons le prix, parce qu'ils ne règlent que les crises et qu'ils s'attendent à résoudre les problèmes à la place des gens. Notre génération d'ainés se dit: «très bien, nous avons des infirmières et des travailleurs sociaux». Ces personnes vont s'occuper de nos adolescents, de nos problèmes de santé, et elles vont nous donner les traitements requis.

• 1045

There is a lack of education and understanding because society is changing so much. We are dealing with the crisis all the time and we don't have enough trained Inuit people who can deal with it. They are the best people to have when they're trained. When we have people working in our communities. . . Do you know what happens to the Inuit? They get burned out because they have so much work to do.

**Ms Flaherty:** I want to talk a bit about training and education. That is the number one thing that we need in our communities. We need to train people to be professionals. We have professionals coming from the south. That's good, but a lot of times they misunderstand our culture. We'd like to have ownership of our problems in our communities. We can do that, we're ready, but the problem is that we don't have adequate training or money. Inuit women in particular are burning out from volunteering all the time, but they are not seen as certified people or experts because they don't have a piece of paper. They are the ones who understand our culture and who can do the job. We need training, we need money, and we need trained young people.

People talk a lot about solutions with elders, but to me, that's romanticizing the past. If you want to have proper solutions, you have to work with young people. We have two worlds right now—your culture and my culture. Both of them have good things and we have to join them together.

**The Chairman:** We're going to have two more interveners. After the witnesses have left, I want to have a brief in camera meeting, about three minutes hopefully, to focus on a date for our next meeting.

**Mme Dalphond-Guiral (Laval-Centre):** Mesdames, bonjour. J'ai eu la chance cet été de passer deux jours et demi à Iqanuit, et j'ai entendu des gens de votre communauté me rapporter sensiblement ce que vous avez dit aujourd'hui.

Il y a des lacunes au niveau de l'éducation et de la compréhension des problèmes, car la société change tellement. Nous sommes constamment en train de régler des cas urgents et nous n'avons pas suffisamment d'Inuit compétents pour s'en charger. Ils sont pourtant les plus aptes à le faire quand ils sont bien formés. Quand nous avons des gens qui travaillent dans nos collectivités. . . Savez-vous ce qui arrive aux Inuit? Ils s'épuisent parce qu'ils ont tellement à faire.

**Mme Flaherty:** J'aimerais dire un mot au sujet de la formation et de l'éducation. C'est ce dont nous avons le plus besoin dans nos collectivités. Nous devons former des gens dans les diverses professions. Les professionnels que nous avons nous viennent du sud. C'est formidable, mais bien des fois, ils comprennent mal notre culture. Nous aimerions gérer nous-mêmes nos problèmes dans nos collectivités. Nous pouvons le faire, nous sommes prêts à le faire, mais le problème, c'est que nous n'avons ni la formation ni les ressources financières voulues. Les femmes Inuit en particulier s'épuisent à faire constamment du bénévolat, mais on ne les considère pas comme des personnes qualifiées ni comme des experts, car elles n'ont pas de diplômes. Ce sont elles qui comprennent notre culture et qui peuvent faire le travail. Nous avons besoin de formation, nous avons besoin de ressources financières, et nous avons besoin de jeunes gens bien formés.

On parle beaucoup de solutions qui font appel aux anciens, mais à mon avis, c'est du romantisme. La vraie solution consiste à travailler avec les jeunes. Deux mondes s'affrontent à l'heure actuelle: Votre culture et la mienne. Les deux comportent de bons points, mais il faut en faire un heureux mélange.

**Le président:** Nous allons entendre deux autres intervenants. Après le départ des témoins, j'aimerais qu'on siège brièvement à huis clos, durant environ trois minutes, espérons-le, pour fixer la date de notre prochaine séance.

**Mrs. Dalphond-Guiral (Laval Centre):** Good morning ladies. Last summer, I had the chance to spend two days and a half in Iqanuit, and I heard some people from your community recount more or less what you said today.

## [Text]

Il y a une question que j'ai très envie de vous poser. Il est clair que dans votre communauté, la réalité économique politique et sociale a un lien précis avec ce qu'on peut appeler l'état de bien-être des personnes. Vous avez fait référence à un projet-pilote à Povungnituk qui semblait être positif.

Est-ce que les intervenants, les professionnels qui travaillent avec les gens de votre communauté à cet endroit sont en majorité des Inuit ou si ce sont des gens qui viennent du Sud mais qui se sont tellement intégrés, qui se sentent tellement concernés par votre réalité qu'ils peuvent être un support très utile? J'aimerais un petit peu connaître la proportion entre les deux et s'il y a de l'espoir de ce côté-là.

**Ms Flaherty:** That's a good question. It has progressed, but it has to be improved. Eventually we want to have trained Inuit people in the community to take over those. We welcome people from the south, because they're helping us out. We want to work together and we are welcoming them to help us train people. It has progressed, but there needs to be a lot more improvement in that area.

**Ms Grey:** You mentioned something like these Inuit projects in Povungnituk. They have a consultant; they have people from the south who are helping the Inuit and empowering them. That's why we would like to see more, because if all of the people working in the north coming from the south with masters degrees could tell us that since they are not going to be here for the rest of their lives they are going to give us their skill, that's empowering.

• 1050

That should come from all the national government policies. I give that to policy-makers all of the time. We should tell the government to have policies where people working in the north, the white people, should have in mind that they're only here for a few years, not the rest of their lives, but that they can give their skills to the Inuit so the Inuit can take over when they leave, because when they retire, when they're 65, they're not going to live in the north.

**Mr. Culbert:** First of all, ladies, I certainly am very pleased that you were able to be here this morning and make that presentation, and I should tell you that I only wish I could speak Inuit half as well as you speak English.

**Ms Flaherty:** Thank you.

**Mr. Culbert:** I also just want to clarify one quick question with you. I think I understand your concerns for your community. It's a lot larger picture than just health care itself; it's the big picture that we have to look at, and I appreciate that a great deal.

I'm just wondering what is being done from the grassroots of your own community to try to address this. First of all, has the community itself admitted that there is a large problem, and secondly, if in fact the communities have admitted that problem,

## [Translation]

I have a question which I am very anxious to ask you. It is obvious that the economic and socio political context which prevails in your community is clearly related to what can be called the state of wellbeing of people. You referred to a pilot project in Povungnituk which seemed to be positive.

Are the caregivers, the professionals who work there with your people mostly Inuit people or are they people, while coming from the south, who are so much integrated to your community, who feel themselves so much concerned by your reality that they can be a very useful support? I would like to have a small idea of the proportion between the two and know if that situation offers some hope.

**Mme Flaherty:** C'est une bonne question. Il y a eu des progrès, mais il y a encore des améliorations à apporter. Nous aimerions un jour avoir des Inuit suffisamment formés au sein de la collectivité pour remplacer les gens du sud. Nous sommes contents d'accueillir ces derniers, parce qu'ils nous aident. Nous voulons travailler ensemble et ils sont les bienvenus s'ils veulent nous aider à former nos gens. Il y a eu des progrès, mais il y a encore énormément d'améliorations à apporter dans ce domaine.

**Mme Grey:** Vous avez parlé de projets Inuit à Povungnituk. Il y a un consultant; il y a des gens du sud qui viennent aider les Inuit et qui leur donnent les outils nécessaires pour se prendre en main. C'est pourquoi nous aimerions qu'on accentue cet effort, parce que si tous les gens du sud qui viennent travailler dans le nord avec toutes leurs maîtrises pouvaient nous dire que puisqu'ils ne passeront pas tout le reste de leur vie ici, ils vont nous communiquer leur savoir, ce serait valorisant.

Ce principe devrait inspirer toutes les politiques nationales. C'est ce que je dis constamment à ceux qui élaborent les politiques. Nous devrions dire au gouvernement qu'il devrait prendre des mesures pour que ceux qui viennent travailler dans le nord, les blancs, gardent à l'esprit qu'ils ne sont ici que pour quelques années, pas pour le reste de leur vie, mais qu'ils peuvent communiquer leur savoir aux Inuit pour que ces derniers puissent les remplacer quand ils partiront, car lorsqu'ils prendront leur retraite, quand ils auront 65 ans, ils ne vivront pas dans le nord.

**M. Culbert:** Permettez-moi de vous dire tout d'abord, mesdames, que c'est un grand plaisir pour moi de vous accueillir ici ce matin et d'entendre cet exposé. Je dois vous dire aussi que je serais bien heureux de pouvoir parler Inuit deux fois moins bien que vous ne parlez anglais.

**Mme Flaherty:** Je vous remercie.

**M. Culbert:** J'aimerais également vous faire préciser un tout petit point. Je crois comprendre le sens de vos préoccupations pour votre communauté. Elles dépassent largement le cadre de la santé. C'est la situation dans son ensemble que nous devons examiner, et cette façon de voir les choses me plaît énormément.

Je me demande tout simplement ce qui se fait dans votre milieu pour essayer de régler ce problème. Tout d'abord, votre collectivité admet-elle qu'il y a un problème de taille, et deuxièmement, si les collectivités admettent ce problème, ont-



## [Texte]

have they, from the grassroots, initiated any process themselves? I agree with you that someone from outside cannot necessarily do the job; it has to come from within. But how do we recommend or how do we help you to be able to do that, other than throwing dollars at it, which we don't have?

**Ms Grey:** There have been quite a lot of grassroots initiatives coming from the Inuit. We have a healing; people started to talk about healing. I think the Inuit Women's Association, Pauktuutit, was the first step for the Inuit women to start something, because we started to recognize that we had to have something. They went to work together to address things, and we just celebrated our 10th anniversary last year. That was number one, addressing the social and health issues among the Inuit.

We represent the grassroots people in the communities. There have been small initiatives from the grassroots, but unfortunately the world doesn't recognize that because they don't publicize it in the newspapers. You get it in the newspaper when it's news, when people look at it in the morning on their coffee break or at their breakfast. Unfortunately we don't hear about the successes. There are some small grassroots groups who are trying to do something, but we don't see them, unfortunately.

**Ms Flaherty:** I'm a little bit surprised that you asked that question because I thought I had said it earlier, but I'll say it again. As I said earlier, the Inuit want to have the ownership of the problems. In the communities, women are the ones who are working so hard and burning out, and yet they are not recognized as special or specialists or experts because they don't have a piece of paper. They're not recognized; they don't get paid as do the persons from the south who come up north, yet they are the ones who know the culture.

The only way I think it's going to work, and I know from the grassroots level in the community, is with facilities and programs designed by Inuit and for Inuit. That's the answer, and it has to be permanent. We keep repeating that over and over.

We have our big leaders and some of them are still in denial in terms of what we're talking about. Pauktuutit is the one that addresses the social problems that nobody wants to address, and we know pretty well how the community works, in terms of solutions in the community. That's why I repeat it.

Another problem we have right now is denial; there's still a lot of denial of social problems. Unfortunately, people in authority, most of the time, are denying the problems, and that's the problem we have. We need more education awareness of social issues. I do a lot of talking on the radio, and it works very well in the north. We have to do that more to educate people. A lot of people are educated, but it's the denial that's the problem.

## [Traduction]

elles pris les moyens pour se prendre en main? Je conviens avec vous que les gens de l'extérieur ne sont pas forcément bien placés pour faire le travail; l'initiative doit venir du milieu. Mais qu'est-ce que nous devrions recommander, ou y aurait-il d'autres moyens que nous pourrions prendre pour vous aider sans englober dans ces projets des dollars que nous n'avons pas?

**Mme Grey:** Il y a eu une foule d'initiatives de la base qui sont venues des Inuit. Nous avons un processus de guérison; les gens ont commencé à parler de guérison. Je pense que la création de l'Association des femmes Inuit, le Pauktuutit, a été la première mesure que les femmes Inuit ont prise pour débiter, parce que nous avons commencé à reconnaître qu'il fallait faire quelque chose. Elles se sont réunies pour se poser les problèmes, et nous venons justement de célébrer notre dixième anniversaire l'an dernier. C'est la première mesure qui a été prise. Nous avons commencé à essayer de trouver des solutions, entre Inuit, à nos problèmes sociaux et à nos problèmes de santé.

Nous représentons les gens de la base dans les communautés. Il y a eu des petites initiatives qui sont venues de la base, mais malheureusement, elles sont passées inaperçues, car on ne fait pas la publicité pas ce genre de chose dans les journaux. On en parle dans les journaux quand un événement fait la nouvelle. C'est alors qu'on en prend connaissance le matin en prenant son café ou en déjeunant. Malheureusement, on ne parle pas de leurs succès. Il y a quelques petits groupes de citoyens qui essayent de faire quelque chose, mais on n'en entend pas parler, malheureusement.

**Mme Flaherty:** Je suis un petit peu étonnée de vous voir me poser cette question, car je pensais en avoir parlé tantôt, mais je vais répéter ce que j'ai déjà dit. Comme je le disais tantôt, les Inuit veulent gérer eux-mêmes leurs problèmes. Dans les collectivités, il y a des femmes qui travaillent fort et qui s'épuisent, et pourtant, elles ne sont pas reconnues comme des spécialistes ou des experts, parce qu'elles n'ont pas de diplômes. Elles ne sont pas reconnues; elles ne sont pas payées au même titre que les gens du sud qui viennent travailler dans le nord. Et pourtant, ce sont elles qui connaissent notre culture.

Le seul moyen de réussir, et je le sais parce que les gens de la base me l'ont dit, ce serait de mettre en place des établissements et des programmes conçus par les Inuit pour les Inuit. C'est cela la solution, et elle doit être permanente. Nous le répétons sans cesse.

Nous avons nos grands dirigeants et certains d'entre eux nient encore les problèmes dont nous vous parlons. Pauktuutit est l'association qui essaye de régler les problèmes sociaux dont personne ne veut s'occuper, et nous sommes très bien placées pour savoir comment la collectivité fonctionne, quelles sont les solutions qui lui conviennent. C'est pourquoi je vous répète ces choses.

Nous avons un autre problème à l'heure actuelle: Il y a encore énormément de gens qui refusent de reconnaître l'existence de nos problèmes sociaux. La plupart du temps, malheureusement, ceux qui ont du pouvoir nient que ces problèmes existent, et cela nous pose problème. Nous devons sensibiliser davantage les gens pour qu'ils prennent conscience de l'existence des problèmes sociaux. J'en parle beaucoup à la radio, et cela donne d'excellents résultats dans le Nord. Nous devons accentuer ce genre d'efforts pour éduquer les gens. Beaucoup de gens connaissent des choses, mais c'est la négation de la réalité qui pose problème.



[Text]

[Translation]

• 1055

Regarding facilities, what's going to work for the Inuit has to be designed by the Inuit for the Inuit and be permanent. In the long run the Government of Canada and the NWT government is going to save money.

**The Chairman:** Thank you very much. We're out of time but certainly not out of questions. We've got many more questions we would like to put to you, such as whether we ought to be visiting some of the communities, your advice on how we should be doing it, and so on. We will be in touch with you on those matters.

The purpose of the session this morning and Tuesday—we've now had four hours of consultation with a total of six aboriginal groups—was in a fairly short timeframe to hear from a number of people. That's why we've limited you to about a half an hour, but we recognize you have much more you would like to say to us and we would like to hear from you. Martha appears to have a final word.

**Ms Flaherty:** Can I have the final word? It is a short one. I would like the committee to consider one practical example, which is the staggering financial cost of violence.

When you begin to calculate the costs associated only with emergency care, especially when medivacs are required in the north—surgical care, orthopedics, and other speciality areas of medicine—the costs are enormous. That does not begin to consider emotional support such as counselling, psychiatric care, prescription drugs, etc.

If the federal government were to make a concentrated effort to eliminate as much as possible family violence, the financial health care savings alone would be considerable.

I would like to say one more thing. For the Inuit Women's Association of Canada, Pauktuutit, we would very much like to see separate funding for the Inuit Women's Association. We are tired of being lumped with aboriginal people because we get nothing or very little. I stress it again; we would like to have separate funding for Inuit.

**The Chairman:** Thank you. We do have another committee that is waiting to come in here in about two minutes.

I thank the people who have just been with us, Martha, Roda, and Tracy. You've been most helpful. Thank you very much.

Now, the issue we have to deal with is not strictly speaking an in camera issue. We were scheduled to meet on Thursday, October 27, at 9 a.m., and we can still do that if it is your wish. My preference would be to meet on the day prior, Wednesday, at 3:30 p.m., the reason being that I have the annual meeting of my party in Newfoundland and I would like to go there. My first responsibility is here, but if you would accommodate me we would meet from 3:30 p.m. to 5:30 p.m. on Wednesday, October 26. Are there problems with that?

En ce qui concerne les installations, pour être efficaces, elles devront être conçues par les Inuit pour les Inuit et être permanentes. À longue échéance, cette façon de procéder permettra au gouvernement du Canada et à celui des Territoires du Nord-Ouest d'économiser de l'argent.

**Le président:** Je vous remercie beaucoup. Nous manquons de temps, mais certainement pas de questions. Il y aurait bien d'autres questions que nous aurions aimé vous poser. Nous aimerions vous demander, par exemple, s'il serait utile que nous visitions certaines de vos communautés, vous demander des conseils sur la façon dont nous devrions procéder, et ainsi de suite. Nous communiquerons avec vous à ce sujet.

Le but de la séance de ce matin et de celle de mardi était d'entendre le témoignage d'un certain nombre de personnes dans un délai relativement court. Jusqu'à maintenant, nous avons eu quatre heures de consultation et avons entendu en tout six groupes autochtones. C'est pourquoi nous avons limité vos témoignages à une demi-heure, mais nous reconnaissons que vous auriez eu bien d'autres choses à nous dire et dont nous aurions aimé prendre connaissance. Martha semble vouloir conclure.

**Mme Flaherty:** Puis-je avoir le dernier mot? Ma conclusion sera brève. J'aimerais que le Comité soit saisi d'un exemple pratique, qui concerne le coût effarant de la violence.

Quand on commence à calculer les coûts relatifs à l'administration des soins d'urgence, spécialement quand il faut utiliser l'aéronef Evason—soins chirurgicaux, soins orthopédiques, et autres traitements de la médecine spécialisée—, les coûts sont énormes. Et l'on n'a pas encore commencé à parler du coût du soutien psychologique, des séances de counselling, de soins psychiatriques, des médicaments d'ordonnance, etc.

Si le gouvernement fédéral concentrait ses efforts en vue d'éliminer le plus possible la violence familiale, les économies qu'il pourrait réaliser au seul poste du coût des soins de santé seraient considérables.

J'aimerais ajouter une autre chose. Pour aider l'Association des femmes Inuit du Canada, Pauktuutit, nous souhaiterions fortement que l'association reçoive ses propres subventions. Nous sommes fatigués de voir nos besoins regroupés avec ceux des autres autochtones, car nous n'obtenons rien ou pratiquement rien avec cette formule. J'insiste à nouveau sur cette demande; nous aimerions avoir des fonds à part pour les Inuit.

**Le président:** Je vous remercie. Il y a un autre comité qui attend et qui doit occuper notre salle dans deux minutes.

Je remercie les témoins que nous venons juste d'entendre, Martha, Roda et Tracy. Vos propos nous ont été des plus utiles. Je vous remercie beaucoup.

La question dont nous avons maintenant à discuter n'exige pas vraiment le huis-clos. Nous avons prévu de nous réunir le jeudi 27 octobre à 9 heures, et nous pouvons toujours le faire si tel est votre désir. Je préférerais personnellement qu'on tienne cette séance la veille, soit mercredi à 15h30, car j'aimerais bien assister à l'assemblée annuelle de mon parti à Terre-Neuve le jeudi 27 octobre. Ma première responsabilité est d'être ici, mais vous me rendriez bien service en acceptant que nous nous réunissions de 15h30 à 17h30, le mercredi 26 octobre. Cela vous pose-t-il problème?

---

*[Texte]*

Now, that is the meeting, committee members, during which we would finalize our work plan. I would hope most of us could be available for that meeting and I would see it taking from 3:30 p.m. until about 5:30 p.m. Is that agreed?

**Some hon. members:** Agreed.

**The Chairman:** Thank you very much. The meeting stands adjourned.

*[Traduction]*

Je vous rappelle que c'est la séance au cours de laquelle nous arrêterons notre plan de travail. J'espère que la plupart d'entre vous seront disponibles et qu'ils pourront assister à cette séance qui se tiendrait, si cela vous convient, de 15h30 à 17h30. Êtes-vous d'accord?

**Des voix:** D'accord.

**Le président:** Je vous remercie beaucoup. La séance est levée.

---

**MAIL**  **POSTE**

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

**Lettermail**

**Poste — lettre**

**8801320  
OTTAWA**

*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

## WITNESSES

### *From the Métis National Council:*

Gerald Morin, President;  
Gerald Thom, President, Métis Nation of Alberta;  
Marc LeClair, Chief Administrative Officer;  
Diane Kinnon, Health Consultant.

### *From the Métis National Council of Women:*

Sheila Genaille, President;  
Lucille McLeod, Alberta Métis Women;  
Marc LeClair, Chief Administrative Officer, Métis National Council.

### *From Pauktuutit (Inuit Women's Association):*

Martha Flaherty, President;  
Roda Grey, Health Co-ordinator;  
Tracy O'Hearn, Special Assistant.

## TÉMOINS

### *Du Conseil national des Métis:*

Gerald Morin, président;  
Gerald Thom, président, Métis Nation of Alberta;  
Marc LeClair, directeur administratif général;  
Diane Kinnon, consultante en santé.

### *Du Conseil national des femmes Métisses:*

Sheila Genaille, présidente;  
Lucille McLeod, Alberta Métis Women;  
Marc LeClair, directeur administratif général, Conseil national des Métis.

### *De Pauktuutit (Association des femmes Inuit):*

Martha Flaherty, présidente;  
Roda Grey, Coordonnatrice de la santé;  
Tracy O'Hearn, assistante spéciale.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9



X-28  
-H39

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 17

Wednesday, October 26, 1994

Chair: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 17

Le mercredi 26 octobre 1994

Président: Roger Simmons

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*      *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Health

## Santé

---

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of a study on the health of aboriginal peoples of Canada

CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, considération d'une étude concernant la santé des autochtones du Canada

---

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



---

First Session of the Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la trente-cinquième législature, 1994

---

## STANDING COMMITTEE ON HEALTH

*Chair:* Roger Simmons

*Vice-Chairs:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Members

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Associate Members

Madeleine Dalphond—Guiral  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
John Murphy  
Andy Scott

(Quorum 6)

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

*Président:* Roger Simmons

*Vice-présidents:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Membres

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Membres associés

Madeleine Dalphond—Guiral  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
John Murphy  
Andy Scott

(Quorum 6)

*La greffière du Comité*

Nancy Hall

## MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, OCTOBER 26, 1994  
(26)

[Text]

The Standing Committee on Health met at 3:40 o'clock p.m. this day, in Room 701, La Promenade, the Chairman, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Acting Members present:* Madeleine Dalphond-Guiral for Pauline Picard, Keith Martin for Grant Hill.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Bill Murray, Research Officers.

*Witnesses: From the Inuit Tapirisat of Canada:* Rosemary Kuptana, President. *From the Royal Commission on Aboriginal Peoples:* Marlene Brant-Castelano, Co-Director of Research.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to the consideration of a study on the health of the aboriginal peoples of Canada (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

Rosemary Kuptana made an opening statement and answered questions.

At 4:20 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 4:25 o'clock p.m., the sitting resumed.

Marlene Brant-Castelano made an opening statement and answered questions.

At 4:55 o'clock p.m. the sitting was suspended.

At 5:00 o'clock p.m, the sitting resumed, *in camera*.

It was agreed, — That officials from Health Canada and Indian and Northern Affairs would be invited to appear before the Committee at 9:00 o'clock a.m., on Tuesday, November 1, 1994.

It was further agreed, — That the Committee would meet *in camera* at 9:00 o'clock a.m., on Thursday, November 3, 1994 to consider draft terms of reference and a mandate for a study on the health of the aboriginal peoples.

At 5:10 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 26 OCTOBRE 1994  
(26)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à 15 h 40, dans la salle 701, La Promenade, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Roger Simmons, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

*Membres suppléants présents:* Madeleine Dalphond-Guiral remplace Pauline Picard; Keith Martin remplace Grant Hill.

*Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Bill Murray, attachés de recherche.

*Témoins: De l'Inuit Tapirisat du Canada:* Rosemary Kuptana, présidente. *De la Commission royale sur les peuples autochtones:* Marlene Brant-Castelano, codirectrice de la recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend son étude sur la santé des peuples autochtones. (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13.*)

Rosemary Kuptana fait un exposé et répond aux questions.

À 16 h 20, la séance est suspendue.

À 16 h 25, la séance reprend.

Marlene Brant-Castelano fait un exposé et répond aux questions.

À 16 h 55, la séance est suspendue.

À 17 heures, la séance reprend à huis clos.

Il est convenu — Que les fonctionnaires du ministère de la santé, des Affaires indiennes et du Nord canadien soient invité à comparaître devant le Comité à 9 heures, le jeudi 1<sup>er</sup> novembre 1994.

Il est convenu — Que le Comité déclare le huis-clos à 9 heures, le jeudi 3 novembre 1994, pour étudier les conditions et le mandat d'une étude sur la santé des peuples autochtones.

À 17 h 10, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*La greffière du Comité*

Nancy Hall



[Text]

**EVIDENCE**

[Recorded by Electronic Apparatus]

Wednesday, October 26, 1994

[Translation]

**TÉMOIGNAGES**

[Enregistrement électronique]

Le mercredi 26 octobre 1994

• 1535

**The Chairman:** We'll call the meeting to order.

Before welcoming our first witness, just let me say to the committee that our plan today was to finalize the work plan. After the meeting there were a couple of developments that precluded our being able to do that today. It was felt that we should hear from both departments, the Department of Health and the Department of Indian Affairs, before finalizing the work plan to get their advice and hear also from the Royal Commission on Aboriginal Peoples.

In addition, we have with us from the Tapirisat, Rosemary Kuptana—I'll introduce her in a moment—and that was the one organization we couldn't accommodate in terms of the schedule the last couple of meetings.

In the context of not being able to focus on our work plan today, I want to have a quick meeting of the committee after we've heard both witnesses. I also give notice that I would hope to be out of here by about 4:45 p.m., because I and some other people have other commitments at 5 p.m.

So we're going to hear each witness for about half an hour each and then have a quick meeting. I have a suggestion to put to you, so the meeting itself will require a decision about a couple of future meetings. But the meeting this afternoon shouldn't take more than 5 or 6 minutes, I would think.

We have with us Rosemary Kuptana, the president of the Inuit Tapirisat of Canada. We're glad to have you, Rosemary. Thanks for coming. What we'd like to do is have a brief opening statement from you if that's your wish, and then we would like to leave some time for members of the committee to put some questions to you.

• 1540

As you know, the purpose of our being here this afternoon is to seek your advice as to how we should proceed with our proposed study of aboriginal health issues.

**Ms Rosemary Kuptana (President, Inuit Tapirisat of Canada):**  
[Witness speaks in her native language]

Bonjour, mesdames et messieurs.

I would like to say good afternoon to all committee members and participants. Thank you for inviting me to speak to you this afternoon.

For those of you who don't know me, let me begin by introducing myself. I am speaking as the president of the Inuit Tapirisat of Canada, which is the national political voice of Canada's 40,000 Inuit. As you know, the Arctic homelands of my people stretch from the Northwest Territories across northern Quebec or Nunavik to northern Labrador.

**Le président:** La séance est ouverte.

Avant de souhaiter la bienvenue à notre premier témoin, je dois rappeler au comité que nous devons aujourd'hui prendre une décision au sujet de notre plan de travail. Toutefois, certains événements sont survenus qui nous empêcheront aujourd'hui de le faire. Il avait été suggéré de consulter le ministère de la Santé, le ministère des Affaires indiennes et la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones avant de mettre un point final à notre plan de travail.

En outre, comme l'Inuit Tapirisat du Canada ne pouvait comparaître la semaine dernière, nous avons dû reporter Mme Kuptana—que je présenterai officiellement dans un instant—jusqu'à aujourd'hui.

Par conséquent, comme nous ne pourrions pas prendre une décision finale au sujet de notre plan de travail, je souhaiterais que nous entendions d'abord les deux témoins, puis que nous nous réunissions brièvement entre nous. Cela dit, je continue à espérer pouvoir clore la séance d'ici 16h45, puisque nous sommes quelques uns à avoir d'autres engagements à 17h00.

Nous allons donc accorder environ une demi-heure à chaque témoin, après quoi nous nous réunirons entre nous pour prendre une décision au sujet de nos travaux futurs, en vue de quoi j'ai quelque chose à vous suggérer. Il ne nous faudra sans doute pas plus de cinq ou six minutes.

Nous accueillons donc aujourd'hui Rosemary Kuptana, présidente de l'Inuit Tapirisat du Canada. Bienvenue. Nous nous proposons de vous céder la parole pour que vous puissiez faire une déclaration, ce qui devrait laisser assez de temps aux membres du comité pour vous poser des questions.

Vous savez sûrement que notre but, c'est de vous consulter sur la façon dont nous devrions étudier la grande question de la santé des autochtones.

**Mme Rosemary Kuptana (présidente, Inuit Tapirisat du Canada):** [Le témoin s'exprime dans sa langue autochtone]

Good afternoon, ladies and gentlemen.

Bonjour, mesdames et messieurs du comité, et merci de m'avoir invités à comparaître.

Laissez-moi me présenter à ceux d'entre vous qui ne me connaissent pas. Je suis la présidente de l'Inuit Tapirisat du Canada qui est le porte-parole national et politique des 40 000 Inuit du Canada. Vous savez sans doute que la patrie de mon peuple couvre l'Arctique, c'est-à-dire qu'elle va des Territoires du Nord-Ouest jusqu'au nord du Labrador en passant par le nord du Québec, ou le Nunavik.

## [Texte]

The lands we come from are vast and beautiful, and it's a very harsh environment. We have survived and flourished in an environment that seems daunting to many outsiders, but it has shaped our philosophies, beliefs and culture. It is a culture born out of an intense dependence on the land and on the animals it provides. It is a culture that requires a deeply entrenched ethic of caring for others. Unfortunately, we now struggle to maintain this ethic in the face of the overwhelming pressures that our society has undergone in the past century.

The cost to our physical and emotional health has been very high, but before I go into the important issue of health, I want to talk to you about a new and growing health threat—global industrial pollution. It is now clear from scientific research that Arctic lands and waters are a sink for global pollution. This is a particular concern to Inuit. Not only do they pose a threat to the health and integrity of the very delicate ecosystems of the Inuit homelands, they pose a direct threat to our health as well.

Unlike the south, we in the Arctic still rely heavily upon the animals and fish that the land and sea provide. The consumption of country food is as important to us culturally as it is nutritionally, because it is our way of life. We did not create the pollution that is entering our lands, but unfortunately we bear its consequences.

The solutions to this new health threat are international. They require multinational agreements to protect the fragile Arctic, and Canada should take the lead. I continue to urge Canada to fulfil its commitment to an Arctic council because Canada, as a circumpolar country, has a responsibility to protect the safety of Inuit by raising these issues in an international forum primarily devoted to Arctic issues. An Arctic council would provide precisely that kind of a forum.

We really don't have time to waste on this issue. The recent massive oil spill in northern Siberia calls attention to this fact and to the need for Canada to take a lead, as an Arctic nation, to protect the fragile Arctic tundra through international means.

We all know this won't be an isolated event. The nations of the former Soviet Union are staggering under the weight of enormous environmental management problems they cannot control. Russia is afflicted with examples of industrial projects built according to very poor construction standards, with materials that are deteriorating at a very rapid rate.

I must say, I've certainly seen this firsthand when I've been over in Siberia and different parts of Russia over the last six years.

## [Traduction]

Ces terres sont vastes et belles, mais elles sont aussi très dures. Nous avons survécu et prospéré dans un milieu qui peut peut-être sembler décourageant pour les étrangers, mais ce milieu a modelé notre conception des choses, nos croyances et notre culture. Celle-ci est née d'une intense dépendance à l'égard de la terre et des animaux qui y croissent. Cette culture porte en elle un désir d'aider les autres enraciné au plus profond de nous. Malheureusement, nous parvenons péniblement à garder vivace cette façon de vivre, étant donné les pressions énormes subies par notre société au cours du dernier siècle.

Il nous en a coûté très cher du point de vue physique et émotif, mais avant d'aborder le but de ma visite, j'aimerais d'abord vous parler d'une nouvelle menace à la santé, menace toujours croissante, soit la pollution industrielle de la planète. La recherche scientifique démontre maintenant clairement que les terres et les eaux de l'Arctique sont les égouts du monde entier, ce qui n'est pas sans inquiéter les Inuit. En effet, non seulement cette pollution menace-t-elle la santé et l'intégrité si délicates de l'écosystème de notre patrie, mais elle menace plus directement encore notre santé.

Contrairement aux habitants du Sud, les habitants de l'Arctique dépendent encore énormément des animaux et des poissons qu'ils chassent et pêchent. Cette consommation alimentaire est importante pour nous du point de vue culturel et nutritif, car elle représente notre mode de vie. Ce n'est pas nous qui sommes à l'origine de la pollution qui menace nos terres, mais nous devons malheureusement en subir les conséquences.

La solution à cette nouvelle menace se trouve à l'échelle internationale. Le Canada devrait être le maître d'oeuvre de conventions multinationales qui seraient destinées à protéger l'Arctique si fragile. J'exhorte toujours le gouvernement à honorer son engagement de créer un Conseil de l'Arctique puisque le Canada, à titre de pays circumpolaire, se doit de protéger les Inuit en soulevant ces problèmes dans le cadre d'un forum d'échange international qui se consacrerait aux questions arctiques. Or, un Conseil de l'Arctique pourrait servir de forum de ce genre.

Nous n'avons plus de temps à perdre. Tout récemment, le déversement massif de pétrole dans le nord de la Sibérie a attiré notre attention et nous a rappelé que le Canada, à titre de nation arctique, doit être le chef de file dans la protection d'une toundra arctique fragile par le biais d'instruments internationaux.

• 1545

Nous savons tous que cet accident ne saurait être un événement isolé. Les nations de l'ancienne Union soviétique trébuchent sous le poids de problèmes massifs de gestion de l'environnement qu'ils ne peuvent contrôler. Les bâtiments industriels de la Russie correspondent à des normes de construction des plus minimes et les matériaux se détériorent à une vitesse faramineuse.

J'ai pu constater cela de mes propres yeux lors des nombreux séjours que j'ai fait au cours des six dernières années en Sibérie et ailleurs en Russie.



## [Text]

All we have to do is to look at or recall Chernobyl to see that circumpolar nations, including the United States, have to agree to protect and develop the fragile Arctic environment. Multinational agreements are urgently needed to recognize the fragile nature of the land, the sea and resources. They must protect the Inuit Arctic residents who depend upon these resources for food, income and their identity as a distinct people.

I really hope you understand why these international environmental issues are important to me and to my people and that you will support us in our efforts.

Later today I'm going to be writing a letter to the President of the United States, urging him to enter into negotiations with Canada for the establishment of an Arctic council that continues to have an open agenda so that we can discuss issues of this nature.

There is a link between the environment and the health of my people, the Inuit. Right now there are many, many contaminants that are born out of that region, from industrial nations. There are PCBs, dieldrin, and many other toxins now in the fragile ecosystem. Studies have shown that Inuit have very high levels of cancer and other health-related issues as a result of contaminants.

I'm going to return to a more conventional and immediate health concern facing the Inuit. Health for my people is tightly bound to issues of social and economic well-being. To consider health as separate from the desperate need for decent housing, adequate sewage treatment, safe drinking water and meaningful employment is simply inefficient. These are all health issues. Many of the problems that plague northern health care will only be solved when economic and social conditions allow a rejuvenation of the cultural health of Inuit. We believe we must find these solutions ourselves.

I know you're all here because you share a deep commitment to improve the health of Inuit and of all aboriginal peoples. I also know last week you had an opportunity to learn some important details about these costs from my colleagues, Martha Flaherty and Roda Grey, from Pauktuutit. They possess a great deal of knowledge about the crucial issues challenging the health of our people. The priorities they identified, such as mental health, sexual abuse, suicide and family violence are of terrible importance to us.

As well, as you may have observed from Pauktuutit's presentation, the health conditions and determinants of my people are quite well known. Numerous surveys and studies have been conducted on various aspects of Inuit health issues by Inuit organizations, governments and by the medical community. Inevitably, while they address different issues, they share common solutions: permanent, coordinated services and programs designed and delivered by Inuit for Inuit.

## [Translation]

Rappelez-vous ce qui s'est passé à tchernobyl, et cela vous convaincra que tous les pays circumpolaires, y compris les États-Unis, doivent s'entendre pour protéger et mettre en valeur le fragile environnement de l'Arctique. Il faut que l'on reconnaisse la nature fragile des terres, de la mer et des ressources arctiques par des conventions multinationales. Il faut également protéger les habitants Inuit de l'Arctique qui dépendent de ces ressources pour se nourrir, pour vivre et pour préserver leur identité comme peuple distinct.

J'espère que vous comprenez pourquoi ces grands enjeux environnementaux et internationaux ont une telle importance pour moi et pour mon peuple et j'espère que vous appuierez nos efforts.

J'écirai plus tard aujourd'hui une lettre au président des États-Unis pour l'exhorter à ouvrir des négociations avec le Canada dans le but d'établir un Conseil de l'Arctique dont les sujets d'étude ne seront pas limités, afin qu'il soit possible d'y discuter des questions de ce genre.

La santé des Inuit et leur milieu sont liés inextricablement. La région où ils vivent est le déversoir d'un nombre croissant de contaminants provenant des pays industriels. Ce sont les BPC, le dielderin et beaucoup d'autres produits toxiques qui se retrouvent dans notre fragile écosystème. Or, les études démontrent que les Inuit souffrent d'un taux élevé de cancers et d'autres problèmes de santé dûs à la contamination.

Mais revenons à des problèmes de santé des Inuit qui sont beaucoup plus conventionnels et aussi plus immédiats. La santé de mon peuple est étroitement liée à son bien-être social et économique. On ne peut plus séparer sa santé de son besoin de vivre dans un endroit convenable, d'avoir un système d'égouts adéquat, de boire de l'eau potable et de vivre grâce à un emploi convenable. Tout cela fait partie de sa santé. Nombre des problèmes qui affligent les habitants du Nord en matière de santé ne seront résolus que lorsque les conditions économiques et sociales permettront le rajeunissement de la santé culturelle des Inuit. Nous devons trouver ces solutions nous-mêmes.

Si vous faites partie de ce comité, c'est par souci très sincère d'améliorer la santé des Inuit et de tous les peuples autochtones. La semaine dernière, vous en avez su plus long sur ce que cela représentait comme coût pour mon peuple, de la bouche de Martha Flaherty et de Roda Grey de Pauktuutit. Ces collègues à moi sont très au courant de tout ce qui nuit à la santé de notre peuple. Elles ont identifié comme priorités la santé mentale, les abus sexuels, le suicide et la violence familiale qui constituent d'énormes problèmes pour nous.

Les représentants de Pauktuutit vous ont sans doute fait remarquer que tout ce qui entoure la santé de mon peuple—soit les conditions et les déterminants—était déjà bien connu. En effet, des organismes privés, les gouvernements, le corps médical ont déjà mené de nombreuses études et enquêtes sur tous les aspects de la santé chez les Inuit. Or, si différentes qu'aient pu être les questions abordées, les conclusions sont toujours les mêmes: ce sont les Inuit qui doivent concevoir et organiser pour eux-mêmes des services et des programmes permanents et coordonnés.



[Texte]

[Traduction]

• 1550

Indeed, because of the fact that so many studies have been conducted, I was really somewhat surprised by your September 29 decision to undertake a study on the health of aboriginal peoples in Canada.

Just let me show you what I mean. I have with me a very small random sample of Inuit health studies from my bookshelf. I was so breathless because I raced out the door to come here and had to carry all these documents. I'm just going to cite a few of these as a sample of studies that have already been undertaken.

Here is a report on community needs in the Northwest Territories; Pauktuutit's July 1990 *Nunavik, Quebec and Northern Labrador*; a brief to the Inuit Round Table on Health, Social Housing, and Justice, prepared by the Labrador Inuit Health Commission; a Keewatin health status assessment study conducted for the Keewatin Regional Health Board by the Northern Health Research Unit of the University of Manitoba; a report on eastern Arctic suicides for the 1981-88 period by the Baffin Regional Health Board; volumes 1 and 2 of a summary report by the Special Committee on Health and Social Services of the Government of the Northwest Territories, as well as a technical report and case studies of community control by that same special committee; a 1990 health report from the Government of the Northwest Territories; a background paper on health and Canada's aboriginal peoples by the Canadian Medical Association; a submission to the Royal Commission on Aboriginal Peoples by the Canadian Medical Association; and volumes 1 and 2 of the National Round Table on Health and Social Issues by the Royal Commission on Aboriginal Peoples.

I must stress that this is a very small, incomplete sampling of existing work on Inuit health. I must therefore also tell you that while ITC commends and encourages this committee to focus attention on improving the state of health for my people, we believe your influence and resources could be used much more productively by examining the wealth of existing information and by taking action on the recommended solutions.

We need regional and community control over the design and delivery of our own health services. This obviously implies changes to existing federal, provincial and territorial authorities and policies.

Changes of the kind recommended to the federal, provincial and territorial ministers of health last February by the Federal, Provincial and Territorial Working Group on Aboriginal Health—whose report I have with me here today; I'll leave copies with the committee—need not result in additional expenses in the short term. In the long term they would surely result in a decreased burden on the health care system overall as the physical and emotional health of Inuit improves.

C'est justement parce qu'il y a déjà eu tant d'études que j'ai été surprise par votre décision du 29 septembre dernier d'entreprendre une autre étude sur la santé des peuples autochtones au Canada.

Laissez-moi vous expliquer pourquoi. J'ai tiré de ma propre bibliothèque un petit échantillonnage de toutes les études sur la santé des Inuit qui ont déjà été faites. Si je suis arrivée à bout de souffle, c'est justement parce que j'ai dû transporter toutes ces études avec moi. Laissez-moi vous citer quelques titres comme exemples.

Voici d'abord un rapport sur les besoins des collectivités des Territoires du Nord-Ouest; puis une étude de juillet 1990 menée à Pauktuutit «Nunavik, le Québec et le nord du Labrador»; un mémoire à la Table ronde des Inuit sur la santé, le logement social et la justice, préparé par la Commission de la santé des Inuit du Labrador; une évaluation de la santé à Keewatin réalisée pour le Conseil régional de la santé de Keewatin par l'Unité de recherche de la santé du Nord de l'Université du Manitoba; un rapport sur les suicides dans l'Arctique de l'est entre 1981 et 1988 mené par le Conseil régional de la santé de Baffin; les volumes 1 et 2 d'un rapport du Comité spécial sur la santé et des services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, de même qu'un rapport technique et des études de cas sur les soins dispensés dans la collectivité même réalisés par le même comité spécial; un rapport sur la santé publié en 1990 par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest; un document de fond sur la santé des peuples autochtones du Canada par l'Association médicale canadienne; un mémoire déposé auprès de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones par l'Association médicale canadienne; et les volumes 1 et 2 de la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales publiés par la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones.

Ce n'est là qu'un petit échantillonnage, bien incomplet, de tout ce qui s'est fait sur la santé des Inuit. Bien que l'Inuit Tapirisat du Canada félicite le comité de son choix et l'encourage à vouloir améliorer la santé de notre peuple, nous sommes d'avis que votre influence et vos ressources devraient plutôt servir à étudier l'information déjà existante et à mettre en oeuvre toutes les solutions qui ont déjà été recommandées.

Ce sont nos régions et nos localités qui doivent elles-mêmes concevoir leurs services de santé et en assurer la prestation, ce qui implique qu'il faudra modifier les politiques et les textes d'application fédéraux, provinciaux et territoriaux.

À court terme, les modifications recommandées aux ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en février dernier par le Groupe de travail fédéral, provincial et territorial sur la santé des autochtones—dont j'ai ici pour vous quelques exemplaires du rapport—ne devraient pas entraîner de dépenses supplémentaires. À long terme, plus la santé physique et émotionnelle des Inuit s'améliorera plus le fardeau des soins de santé diminuera.

[Text]

[Translation]

• 1555

Unfortunately, although the provinces accepted the tripartite reporting principle, they wouldn't commit to implementing its recommendations. Instead it was recommended that the federal government deal with this issue by developing a national aboriginal health policy, as described in the Liberals' handbook, the red book.

The Minister of Health, the Hon. Ms Marleau, has made a commitment to ITC to ensure that such a policy be crafted by and with Inuit. However, this process has been very slow, as have other programs and services by the federal government to allow greater autonomy in Inuit communities.

Although it's been very slow to begin and would provide only an umbrella under which specific jurisdictional issues between Inuit regions and communities and provincial or territorial governments would be have to be resolved, in the end the goal is really the same—services designed and delivered by and for Inuit.

This committee, I think, could play an important role in advocating and supporting initiatives that lead to those solutions. I certainly would strongly encourage you to do so.

**The Chairman:** Thank you very much, Rosemary.

We have time for at least an intervention from each of the parties. Madeleine.

**Mme Dalphond-Guiral (Laval-Centre):** Madame, il me fait plaisir de poser la première question. J'ai écouté votre exposé et j'ai réalisé que, comme communauté, vous êtes préoccupés par tout le problème de l'environnement global qui vous touche d'abord, et qui nous touchera également bientôt.

Dans votre présentation, vous avez prononcé une phrase qui m'a frappée: «Nous pouvons trouver des solutions nous-mêmes». J'avais fait une étoile à côté de cela pour vous demander quelles étaient les solutions, mais finalement, vous nous les avez données dans votre présentation. Les solutions sont très claires: vous parlez de gestion des ressources et de contrôle des services par la communauté inuit elle-même.

Compte tenu de la réalité actuelle que vous vivez, dans combien de temps serait-il pensable que de tels objectifs soient atteints? Si on veut être réaliste, est-ce que ce serait dans cinq, 10 ou 15 ans, si aujourd'hui pour demain vous disposiez des leviers?

**Ms Kuptana:** If we lived in an ideal world, I'm sure that process could begin immediately. But since we don't live in an ideal world, I think it really depends on the political will of the different levels of government for Inuit to acquire a greater local, regional and national control over programs that are designed for Inuit and are specific to Inuit, because our needs are much different from those of other aboriginal peoples in Canada.

• 1600

As you know, we have very different histories, we have a very different relationship with the Canadian government and other aboriginal groups in this country. It's something, I think, that would depend upon the different regions' being able to negotiate their priorities with the specific department, because the priorities in Labrador may be different from the priorities in the western Arctic.

Malheureusement, bien que les provinces aient accepté le principe présenté par le rapport tripartite, elles n'ont pas voulu s'engager à en mettre en oeuvre les recommandations. Elles ont plutôt renvoyé la balle au gouvernement fédéral en recommandant qu'il élabore une politique nationale de soins pour les autochtones, ce qu'a d'ailleurs repris le Parti libéral dans son livre rouge.

L'honorable M<sup>me</sup> Marleau, ministre de la Santé, s'est engagée auprès de l'ITC à faire en sorte que cette politique soit élaborée avec l'aide des Inuit. Toutefois, la consultation avance à pas de tortue, c'est-à-dire au même rythme que tous les autres programmes et services du gouvernement fédéral qui visent à accorder plus d'autonomie aux collectivités inuites.

Malgré ces lents débuts et bien qu'il ne s'agisse que d'une politique cadre et qu'il resterait encore à trancher qui des régions et localités inuites ou du gouvernement provincial et territorial a le dernier mot, l'objectif reste le même: la mise sur pied de services conçus par et pour les Inuit.

Votre comité pourrait jouer un rôle important et pourrait prôner et appuyer toute initiative menant à cet objectif. C'est ce que je vous exhorte à faire.

**Le président:** Merci beaucoup, M<sup>me</sup> Kuptana.

Chaque parti aura le temps d'intervenir au moins une fois.

Madame Dalphond-Guiral.

**Mrs. Dalphond-Guiral (Laval-Centre):** I am very happy to ask the first question. I listened to your presentation and I realized that your community is very concerned by the problem of global pollution which makes you the first victims but which will impact on us very soon.

In your presentation you said something that struck me: you said that you could find the solutions yourselves. I had made a note to ask you what those solutions were but you gave them to us later on. It seems to be very clear for you: the Inuit communities must manage their resources and control their services themselves.

Given the conditions you presently live in, when would it be possible for you to meet those objectives? If you presently had all the control levers, would it be realistic to think it could be done within five, 10 or 15 years?

**Mme Kuptana:** Dans un monde idéal, on pourrait commencer immédiatement. Mais puisqu'il faut être réaliste, tout dépend de la volonté politique: il s'agit de savoir si les différents paliers du gouvernement souhaitent laisser aux Inuit plus de contrôle local, régional et national sur des programmes qui seraient conçus spécialement pour eux, puisque nos besoins diffèrent grandement de ceux des autres peuples autochtones du Canada.

Comme vous le savez, l'histoire nous a traités différemment et nos liens avec le gouvernement canadien ne sont pas les mêmes que ceux que peuvent avoir les autres groupes autochtones du Canada. Tout dépend de la façon dont les différentes régions pourraient négocier leurs priorités avec le ministère, étant donné que les priorités ne sont pas nécessairement les mêmes au Labrador que dans l'Arctique de l'Ouest.



[Texte]

I would really see it as those regional Inuit organizations or self-government organizations being able to sit down with the Canadian government and the relevant provincial or territorial government and spelling out, in a negotiated fashion, the area of jurisdiction, as well as fiscal responsibility.

I would see it as a coordinated and cooperative effort. It may start out small, with Inuit taking greater control as time allows, but I think that's something the people in the regions can work out with government.

Does that answer your question? I can't put a timeframe on it. It took us, for instance, 20 years to negotiate Nunavut.

I think probably we could have negotiated that agreement had the political climate been right, had there been legal realities, had there been policies that were sensitive to aboriginal peoples. It's going to take all of those things to make the changes in the Inuit territory, but we're ready to negotiate.

**The Chairman:** So we gather.

Keith.

**Mr. Martin (Esquimalt—Juan de Fuca):** Thank you, Mrs. Kuptana, for coming to speak to us today. I'll certainly bring forth to the foreign affairs committee your talk about the problems of pollution in the Arctic, because I am privileged enough to sit on that committee also.

Before I get into the terrible health problems that are occurring among the Inuit people, has anybody put all these plans you've proposed to us or given to us and the studies that have been done into a workable plan? I certainly sympathize with the tone of your voice, that you want action and not more studies. I sympathize with you completely.

One of the questions I'd like to ask is whether anybody has compiled all these relevant studies into a work plan. Another question I'd like to ask you is whether the health problems of the Inuit people can be resolved without resulting in a change in the economy of the people who live there, the Inuit. In other words, must you change the economic situation of the Inuit people in conjunction with, or as a condition to, addressing their health care problems? If you must do that, is that economy based on a traditional economy or a modern economy?

**Mrs. Kuptana:** I think you're asking me something that is a very difficult and very sensitive issue, because again this is an issue that has many implications, as you know.

The only real economy of my people was the fur trade and seal hunting, and as a result of the anti-harvesting movement, that economy is no longer there. It was devastated by the anti-harvesting groups in Europe and North American because they considered this a moral issue. I'm not going to get into that debate, but in order to restore some dignity and an economic base for Inuit, the Canadian government must assist Inuit in revisions to conventions that have restricted our economy.

[Traduction]

Il faudrait que les organismes inuit régionaux ou que les institutions d'un gouvernement autonome puissent s'asseoir à la même table que le gouvernement canadien et le gouvernement provincial ou territorial pour négocier les différentes zones de compétence de même que la compétence financière.

Cela devrait se faire de façon coordonnée et concertée. Malgré des débuts modestes, les Inuit pourraient avoir une plus grande marge de manoeuvre au fil des ans, mais c'est aux habitants des régions d'en discuter avec le gouvernement.

Ai-je répondu à votre question? Quant à l'échéancier, je ne saurais le dire, car il nous a fallu, après tout, 20 ans pour négocier le Nunavut.

Nous aurions sans doute pu négocier cet accord plus rapidement si le climat politique avait été favorable, et si les politiques et les instances juridiques avaient été plus sensibles aux réalités des peuples autochtones. Il faudra que tous ces facteurs se retrouvent conjugués pour qu'il soit possible de changer quoi que ce soit sur le territoire inuit, mais nous sommes prêts à négocier.

**Le président:** Cela se voit.

Monsieur Martin.

**M. Martin (Esquimalt—Juan de Fuca):** Madame Kuptana, merci d'avoir accepté de comparaître, et je vous signale que j'attirerais l'attention du Comité des affaires étrangères sur les problèmes de pollution dans l'Arctique, puisque j'ai le privilège de siéger aussi à ce comité-là.

Avant d'aborder les terribles problèmes de santé qui affligent les Inuit, je voudrais savoir si l'on a déjà transformé en plan de travail les recommandations de toutes les études dont vous nous avez parlé? Si j'ai bien compris votre discours, vous voulez de l'action et non plus des études, et je vous comprends tout à fait.

Autrement dit, a-t-on déjà songé à compiler toutes ces études pour les mettre sous forme de plan de travail? J'aimerais aussi savoir s'il est raisonnable de penser pouvoir résoudre les problèmes de santé de vos gens sans pour autant attendre un revirement total de la condition économique des Inuit? Autrement dit, l'amélioration économique des Inuit doit-elle précéder toute solution éventuelle à leurs problèmes de santé? Dans l'affirmative, doit-on parler d'une économie traditionnelle ou d'une économie moderne?

**Mme Kuptana:** C'est une question très difficile et surtout très délicate, puisqu'elle ne peut être considérée isolément.

Naguère, la seule activité économique de mon peuple, c'était le commerce de la fourrure et la chasse au phoque; or, le mouvement de protection des animaux a fait en sorte que cette activité n'est plus rentable, car elle a été boycottée par les groupes de défense des animaux en Europe et en Amérique du Nord pour qui le problème était moral. Je ne veux pas rentrer dans ce débat, en parler, mais pour que les Inuit retrouvent leur dignité et se donnent une assise économique, le gouvernement du Canada doit les aider à revoir les conventions qui ont entravé notre développement économique.



[Text]

[Translation]

• 1605

Take the Marine Mammal Protection Act, for instance. We asked for restrictions to be lifted so we could move goods and services across international borders. We are now in a number of discussions with the Department of Fisheries and Oceans to look at new ways of developing the sealskin product so that we can find new markets, such as in Asia.

We do recognize that there is a definite link between the economy of a people and its social health and the well-being of that society. Obviously if you don't have income you're not going to have money in order to provide proper nutrition for your family. Or you may have proper nutrition at some times of the month or the year when you can supplement your country food with store-bought food.

Did I answer your question?

**Mr. Martin:** We don't have time for me to get to this in more depth, but I sure would like to speak to you after.

**Ms Kuptana:** I could tell you a few things about GATT and NAFTA.

**Mr. Martin:** I'll speak to you later, if I may bend your ear for ten minutes.

**Ms Kuptana:** Okay.

**Mr. Szabo (Mississauga South):** Thank you, Rosemary, for your comments.

There's an article in *The Ottawa Citizen* of October 24. It's about the Royal Commission on Aboriginal Peoples and it deals with health. I'm glad you didn't bring all the reports, because it says here there were 142 groups that did studies and that received some level of funding for those. However, it did say the reports were long on grievances and short on the practical solutions the commission wanted. That's quite an indictment.

That aside, if you were to pick one health issue for the Inuit people that you felt would be the most urgent or the most accessible to deal with, or that has the best probability of some success, what area would be the most important?

**Ms Kuptana:** That's not a fair question. I'm sorry.

I'm going to respond to *The Ottawa Citizen* article. We have been making a number of presentations to the royal commission at almost every meeting. We say how we would like to be part of the process so we can find the solutions in conjunction with the royal commission. However, we're excluded from parts of the process that would determine its recommendations.

That has its own problems. I'm not going to get into that here because that debate is between me and the royal commission.

**Mr. Szabo:** Rosemary, did you receive the package that was sent out by this committee to you about this?

**Ms Kuptana:** Yes, I did. If you listened very—

**Mr. Szabo:** I was just saying that because it was the first question asked of you. It was a suggestion. You don't have to answer all these questions. I raised it only because I was kind of interested to see if there was a particular area that you felt was more sensitive than other areas.

Prenez l'exemple de la loi américaine dite Marine Mammal Protection Act. Nous avons demandé la levée des restrictions afin de pouvoir vendre des produits et des services à l'étranger. Nous participons à différentes négociations avec le ministère des Pêches et des Océans pour rechercher de nouvelles façons d'utiliser la peau de phoque afin de trouver de nouveaux débouchés, notamment en Asie.

Nous reconnaissons qu'il y a un lien certain entre l'économie d'une population et sa vitalité, son bien-être. Il est bien certain que s'y l'on a pas de revenus, on n'a pas d'argent pour bien nourrir sa famille. Ou l'on peut être bien nourri à certaines époques du mois ou de l'année quand on arrive à améliorer l'ordinaire avec des produits du commerce.

Ai-je répondu à votre question?

**M. Martin:** Nous n'avons pas assez de temps pour que je poursuive, mais j'aimerais beaucoup vous parler après.

**Mme Kuptana:** J'aurais des choses à vous dire au sujet du GATT et de l'ALÉNA.

**M. Martin:** Je vous reparlerai tout à l'heure, si je peux vous retenir une dizaine de minutes.

**Mme Kuptana:** Très bien.

**M. Szabo (Mississauga-Sud):** Merci, Rosemary, pour votre exposé.

Un article a paru dans *The Ottawa Citizen* le 24 octobre. Il y est question de la Commission royale des peuples autochtones et de la santé. Je suis heureux que vous n'ayez pas apporté tous ces rapports, puisqu'on dit dans cet article que 142 groupes y ont travaillé et qu'ils ont été financés dans une certaine mesure pour faire ces études. Toutefois, on dit que les rapports faisaient état d'innombrables doléances sans proposer les solutions pratiques que la commission attendait. C'est une accusation grave.

Cela dit, si vous deviez dire qu'elle est à votre avis la question de santé qui est la plus urgente pour le peuple inuit ou celle qu'il serait le plus simple de résoudre, ou celle qu'on aurait les meilleures chances de régler, laquelle vous semblerait la plus importante?

**Mme Kuptana:** Il ne faut pas me poser cette question. Je regrette.

Je vais parler de l'article paru dans *The Ottawa Citizen*. Nous avons présenté maints exposés à la commission royale et cela à presque toutes ses séances. Nous disons comment nous aimerions participer au processus afin de pouvoir trouver les solutions de concert avec la commission royale. Cependant, nous sommes exclus de certains travaux préalables à la formulation des recommandations.

Ces problèmes concernent la commission. Je ne vais pas en parler ici puisque ce débat me concerne moi et la commission royale.

**M. Szabo:** Rosemary, avez-vous reçu les documents que le comité vous a envoyés sur cette question?

**Mme Kuptana:** Oui, je les ai reçus. Si vous avez bien écouté. . .

**M. Szabo:** Je vous le demande parce que c'est la première question qu'on vous y posait. C'était une suggestion. Vous n'avez pas besoin de répondre à toutes ces questions. J'en parle seulement parce que j'aurais aimé savoir s'il y avait un domaine particulier qui vous semblait plus important que d'autres.

[Texte]

**Ms Kuptana:** I figured the Government of Canada is much bigger than the Inuit Tapirisat of Canada, or Pauktuutit. It has all of these studies and the research conducted by the royal commission available to it, and it certainly has a better idea of the studies that have been done.

[Traduction]

**Mme Kuptana:** Je me suis dit que le gouvernement du Canada était bien plus imposant que l'Inuit Tapirisat du Canada, ou que Pauktuutit. Il dispose de toutes ces études et de la recherche menée par la commission royale, et il connaît certainement mieux les études qui ont été faites.

• 1610

I feel there shouldn't be any more studies done. We've been studied to death. Let's sit down and start finding some solutions. I can see I am making you feel uncomfortable by stating that, but I not trying to offend you. I'm just expressing an obvious frustration. Inuit and other aboriginal people have been studied to death in the areas of health, social well-being, economics, suicide and child sexual abuse. The studies could probably fill a building in Ottawa. But if we're not going to be able to sit down with the government and divvy up the budgets on our priorities, then of course the solutions are going to be wrong.

**The Chairman:** Rosemary, the easiest game in town is to set up a straw man and then knock him down. You say you've been studied to death and let's sit down, so I guess it comes back to definitions. I think I can speak for each member of the committee, but we didn't know the names of all the studies until you listed them. Certainly I was aware that a lot of studies had been done about the problems.

The mandate we gave ourselves was to study aboriginal health issues. We did that at the direct request of one of the national aboriginal organizations, and that is why this is on our agenda. We don't have to define aboriginal health issues as aboriginal health problems. If enough study has been done on the problems, let's move to studying the solutions.

If you're telling us that there's no need to study the solutions, please say so, because we want to be of help here. We are of the view that aboriginal health needs improvement, and that's what we were told by the people we consulted. I heard you say the same thing. Our study can be limited to how to improve aboriginal health. We're all busy people and we're not interested in going over ground that's been gone over before, but if we can serve a useful function here, we will do so.

The most encouraging thing I heard you say is let's sit down, which is exactly what we're doing. Let's see if there's something this committee can do to advance the cause of improving aboriginal health. That's what we're all about. If that's wrong, tell us.

**Ms Kuptana:** No, I think you've hit the nail on the head. You and I are coming from exactly the same point of view. I don't mean to be hard on the committee, but so many studies have been done on Inuit and aboriginal people.

**The Chairman:** That's why I introduced the concept of the straw man. We're past that. It makes great rhetoric, but we're past that and we made the same speech to ourselves. Let's not do what's been done already.

J'estime qu'on ne devrait plus mener d'autres études. Nous avons été étudiés sous toutes les coutures. Asseyons-nous et commençons à trouver des solutions. Je vois que je vous mets mal à l'aise en disant cela, mais je n'essaye pas de vous vexer. Je manifeste simplement un mécontentement réel. Les Inuit et d'autres peuples autochtones ont été étudiés à n'en plus finir en ce qui a trait à la santé, au bien-être social, à leur économie, au taux de suicide et aux agressions sexuelles contre les enfants. On pourrait sans doute en remplir tout un immeuble à Ottawa. Mais si nous n'arrivons pas à nous asseoir avec les représentants du gouvernement et à établir les budgets en fonction de nos priorités, il est bien certain que les solutions ne seront pas appropriées.

**Le président:** Rosemary, il est facile de désigner un bouc-émissaire et de s'en prendre à lui. Vous dites avoir été étudiés sous toutes les coutures et qu'il faut maintenant se réunir pour discuter, et cela nous ramène aux définitions. Je crois pouvoir dire au nom de chacun des membres du comité que nous ne connaissons pas les titres de toutes ces études avant que vous ne les énumériez. Je savais quand même qu'un grand nombre d'études avaient été faites au sujet de ces problèmes.

Nous nous sommes donné pour mandat d'étudier les questions de santé qui concernent les peuples autochtones. Nous l'avons fait à la demande directe d'une organisation autochtone nationale, et c'est pourquoi elle figure à notre ordre du jour. Nous n'avons pas à définir les questions de santé des autochtones comme étant des problèmes de santé des autochtones. Si on a fait suffisamment d'études sur les problèmes, passons à l'examen des solutions.

Si vous voulez nous dire qu'il n'est pas nécessaire d'étudier les solutions, veuillez nous le dire, car nous voulons être utiles. Nous sommes d'avis que l'état de santé des peuples autochtones doit s'améliorer, et c'est ce que nous ont dit ceux que nous avons consultés. Je vous ai entendu dire la même chose. Notre étude pourrait ne porter que sur la façon d'améliorer la santé des peuples autochtones. Nous sommes tous occupés et nous ne voulons pas refaire ce qui a déjà été fait, mais si nous pouvons remplir une fonction utile, nous le ferons.

Ce que je vous ai entendu dire de plus encourageant, c'est qu'il faut nous rencontrer, et c'est précisément ce que nous sommes en train de faire. Voyons voir s'il y a quelque chose que le comité peut faire pour améliorer la santé des peuples autochtones. C'est tout ce dont il est question. Si ce n'est pas ce que l'on cherche, dites-le nous.

**Mme Kuptana:** Non, je pense que vous avez bien mis le doigt sur le problème. Nous partageons exactement le même point de vue. Je ne veux pas critiquer le comité, mais on a déjà fait tant d'études sur les Inuit et les peuples autochtones.

**Le président:** C'est pourquoi j'ai parlé de bouc-émissaire. Nous n'en sommes plus là. La rhétorique, c'est bien beau, mais nous n'en sommes plus là et nous nous le sommes déjà dit. Ne refaisons pas ce qui a déjà été fait.



[Text]

**Ms Kuptana:** I'm not interested in going over old ground—

**The Chairman:** Nor are we.

**Ms Kuptana:** —and saying this is our list of grievances. This is why we can't provide you with any solutions. We're beyond that. We'd like to sit down with the Canadian government in a real way that includes us in the overall process of identifying what our Inuit priorities are.

In addition to that, we must have some fiscal responsibility. I don't want some bureaucrat over at Indian and Northern Affairs or the Department of Health saying this is a problem of the Inuit at Sachs Harbour so let's provide some money to this area.

[Translation]

**Mme Kuptana:** Je ne cherche pas à refaire ce qui a déjà été fait. . .

**Le président:** Nous non plus.

**Mme Kuptana:** . . . ni à dire voici notre liste de doléances. C'est pourquoi nous ne pouvons pas vous fournir des solutions. Nous n'en sommes plus là. Nous aimerions rencontrer les autorités gouvernementales canadiennes, concrètement, c'est-à-dire en étant inclus dans le processus global d'établissement des priorités des Inuit.

En outre, nous devons aussi avoir une responsabilité financière. Je ne veux pas qu'un fonctionnaire du ministère des Affaires autochtones et du développement du Nord ou du ministère de la Santé vienne dire que les Inuit ont un problème à Sachs Harbour et qu'il faut accorder des fonds à cette région.

• 1615

Maybe that's making it a bit simplistic, but ultimately that is what happens with Inuit. We're just thrown in under generic aboriginal policy. Sometimes those generic aboriginal policies do not meet our needs. We need Inuit-specific solutions to Inuit-specific problems.

**The Chairman:** With your help, that may be the type of recommendation the committee will make.

**Ms Kuptana:** I would like to do that.

**The Chairman:** We're already more than out of time with respect to this witness, but I'll allow just a brief one from Bernard. Then we should get on.

**Mr. Patry (Pierrefonds—Dollard):** Ms Kuptana, you mentioned in your remarks an Arctic council. I'd like it if you could elaborate a little bit more on the Arctic council. What are your views on this? What is your concept?

You mentioned also the United States. In the foreign affairs committee we also discussed the possibility of having an ambassador for the Arctic. Please give us a few ideas about these.

**Ms Kuptana:** As you know, an Arctic ambassador has been appointed by the Prime Minister. Mary Simon starts her job on October 31.

Very quickly, an Arctic council is a proposal that's been on the table for a number of years. It is a proposal to establish an Arctic council of the eight Arctic nations so that we can cooperate. It's a nation-to-nation or government-to-government forum in which we can discuss issues that are Arctic-specific.

If you look at all of those Arctic nation-states, there aren't specific, up-to-date Arctic policies on issues we have to deal with in the Canadian Arctic with respect to the environment, the economy, militarization and so on. We're advocating an open agenda with permanent participation by aboriginal peoples either as part of the nation-state governments or as our own member delegation.

Peut-être que c'est rendre les choses un peu simplistes, mais c'est en définitive ce qui s'est passé pour les Inuit. On nous englobe dans les politiques générales relatives aux autochtones qui ne correspondent pas toujours à nos besoins. Il faut des solutions propres aux Inuit correspondant à leurs problèmes particuliers.

**Le président:** Avec votre aide, c'est le genre de recommandations que le comité fera.

**Mme Kuptana:** Je serais heureuse de vous aider.

**Le président:** Nous avons déjà pris du retard avec ce témoin, mais nous allons cependant autoriser encore une brève question de Bernard. Nous passerons ensuite aux témoins suivants.

**M. Patry (Pierrefonds—Dollard):** Madame Kuptana, vous avez parlé dans vos déclarations d'un Conseil de l'Arctique. J'aimerais que vous nous en disiez un peu plus là-dessus. Qu'en pensez-vous?

Vous avez également parlé des États-Unis. Aux Comité des affaires étrangères, nous avons aussi discuté de la possibilité d'avoir un ambassadeur pour l'Arctique. J'aimerais que vous nous donniez quelques idées là-dessus.

**Mme Kuptana:** Vous le savez sans doute, un ambassadeur pour l'Arctique a été nommé par le Premier ministre. Mary Simon entre en fonction le 31 octobre.

Très brièvement, la proposition de création d'un Conseil de l'Arctique fait l'objet de discussions depuis un certain nombre d'années. Il s'agit de créer un Conseil de l'Arctique constitué des huit nations de l'Arctique afin de leur permettre de collaborer. Il s'agirait d'une tribune où l'on pourrait discuter de nation à nation ou de gouvernement à gouvernement des problèmes particuliers à l'Arctique.

Si vous regardez tous ces États nations de l'Arctique, il n'existe pas de politiques particulières adaptées à l'Arctique pour les problèmes auxquels nous sommes confrontés dans l'Arctique canadien en matière d'environnement, d'économie, de militarisation, etc.. Nous prônons un programme souple auquel prendraient part en permanence les peuples autochtones soit à titre de gouvernement d'un État nation soit à titre de membres de la délégation.



[Texte]

It has been accepted by seven of the eight Arctic states, with the exception of the United States. Their objection to the Arctic council is the open agenda, because of the militarization issue and the participation of aboriginal peoples on the Arctic council.

I have been urging the Canadian government to deal with the State Department and with Al Gore to get this thing under way so that we can cooperate on issues that affect us, such as the oil spill in Russia. Ultimately these issues are going to spill over into the Canadian Arctic. Pollution knows no boundaries.

**The Chairman:** Are you from Sachs Harbour?

**Ms Kuptana:** Yes.

**The Chairman:** Is Mr. Carpenter still alive?

**Ms Kuptana:** No, he died a couple of years ago.

**The Chairman:** Okay. Thank you very much for coming. We'll be consulting with you further. I think the clerk made you aware of the fact that this is just the beginning of the process. We'll be looking for your advice both in committee and one to one as we move along with the process.

**Ms Kuptana:** To get you under way on the process I was discussing, this may be helpful, from the Federal, Provincial, Territorial, National Aboriginal Organizations Working Group on Aboriginal Health.

**The Chairman:** We have a copy of that, but we'll take more. We need all the studies we can get.

**Ms Kuptana:** Thank you.

• 1620

• 1622

**The Chairman:** We now welcome Marlene Brant Castelano from the Royal Commission on Aboriginal Peoples.

We're glad to have you, Marlene. Our procedure has been to invite the witness to make a brief opening statement, if you so wish, and then the members would like a little time to ask you some questions.

Our purpose here today is to seek your advice on how we ought to proceed in terms of our study of aboriginal health issues. Do you have any opening statements?

**Ms Marlene Brant-Castelano (Co-Director of Research, Royal Commission on Aboriginal Peoples):** Yes, I've prepared a few opening comments, first about the mandate and process of the royal commission, then about the research activities on health and social issues, which are inextricably bound together, and finally on some of the key issues we are confronting in attempting to develop policy options and recommendations.

[Traduction]

L'idée a été acceptée par sept des huit États de l'Arctique, le huitième étant les États-Unis. C'est le programme souple du Conseil de l'Arctique qui leur pose un problème en raison de la question de la militarisation et de la participation des peuples autochtones à ce conseil.

J'ai demandé au gouvernement canadien d'en discuter avec le département d'État et avec Al Gore pour faire avancer les choses afin que nous puissions collaborer sur des problèmes qui nous touchent, comme la marée noire russe. Ces questions vont finir par toucher l'Arctique canadien car la pollution ne connaît pas de frontières.

**Le président:** Venez-vous de Sachs Harbour?

**Mme Kuptana:** Oui.

**Le président:** Monsieur Carpenter vit-il toujours?

**Mme Kuptana:** Non, il est décédé il y a quelques années.

**Le président:** Ah bon. Merci d'être venue. Nous vous consulterons à nouveau. Je pense que la greffière vous a dit que ce n'était que le début du processus. Nous vous demanderons conseil dans le cadre du comité, mais aussi à titre personnel, au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

**Mme Kuptana:** Pour lancer le processus dont j'ai parlé, cela vous sera peut-être utile, au nom du Groupe de travail sur la santé autochtone constitué des organisations autochtones nationales, territoriales, provinciales et fédérales.

**Le président:** Nous avons un exemplaire du document, mais il nous en faudra d'autres. Nous avons besoin de toutes les études disponibles.

**Mme Kuptana:** Merci.

**Le président:** Nous souhaitons maintenant la bienvenue à Marlene Brant-Castelano de la commission royale sur les peuples autochtones.

Nous sommes heureux de vous avoir parmi nous, Marlene. Nous procédons de la façon suivante: nous invitons pour commencer le témoin à faire une brève déclaration préliminaire s'il le souhaite, les membres souhaitent ensuite disposer d'un peu de temps pour vous poser des questions.

Nous aimerions vous demander aujourd'hui conseil sur la marche à suivre pour notre étude sur les questions relatives à la santé des autochtones. Souhaitez-vous faire une déclaration préliminaire?

**Mme Marlene Brant-Castelano (codirectrice de la recherche, Commission royale sur les peuples autochtones):** Oui, j'ai préparé quelques observations préliminaires sur le mandat et les travaux de la commission royale pour commencer, puis sur les activités de recherche sur les problèmes de santé et de société qui sont inextricablement liés, et enfin sur certains des obstacles importants que nous rencontrons lorsque nous essayons de proposer des options et des recommandations pour la politique à suivre.

## [Text]

I want to thank you first for inviting the royal commission, through me, to contribute to your deliberations here. I think, as Ms Kuptana was saying, it's important that all of those who share an interest in aboriginal health should be sharing our efforts and not trampling over well-trodden ground.

My role in the royal commission is as co-director of research. This means that as a staffer I can't speak to the positions that may be emerging from the commissioners' deliberations, but I can bring you up to date on what's happening in the research program, the analysis that's under way, and some of the major themes that are emerging.

I've left with Nancy some pamphlets outlining the mandate of the commission, which you may already be familiar with, and from that you'll see that the 16 heads or titles of the mandate cover life, the universe, and everything as touching aboriginal peoples, from the historical, current, and future relationship of aboriginal people with other people of Canada to land claims, treaties, the Indian Act, health issues, education issues, women's perspectives, and on it goes.

The process the commission has been following involved close to two years of public hearings in over 100 communities, aboriginal and non-aboriginal, across Canada; a research program, which has involved something over 300 commission studies, as well as the in-house effort and analysis in the research directorate; and an intervener participation program for which the final report was issued last week. There were some 142 organizations that came forward to secure funding under that intervener program to develop their own independent briefs and submissions relating to titles of the mandate.

## • 1625

The information-gathering process is largely complete at this point. There are some research projects still to bring in their final reports. The analysis is under way, as is the synthesis of the hearings, the intervener briefs and the research into policy options that will be considered by the commissioners over the coming months.

Although the mandate of the commission is articulated in sixteen titles, something that is so evident to us working in the commission is that everything is related. That's a watchword of the work we're doing as well as a mantra of many prayers and rituals among aboriginal peoples—that all things are related.

I might just give the example of diabetes, which is a very prominent health concern in many aboriginal communities. Diabetes is one of the leading causes of disability as a result of amputations for people of older years. If you go to a senior citizens home in a first nations community, you may well be shocked, as I was, to see the number of elderly people who have had amputations as a result of diabetes.

## [Translation]

Je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir invité la commission royale, par mon entremise, à contribuer à vos délibérations. Comme l'a dit M<sup>me</sup> Kuptana, il est important que tous ceux qui s'intéressent à la santé des autochtones mettent en commun leurs efforts et évitent de rester dans les sentiers battus.

Au sein de la commission royale, je joue le rôle de codirectrice de la recherche. Je suis donc membre du personnel et à ce titre je ne peux pas parler des prises de position qui ont pu se dessiner à la suite des délibérations des commissaires, mais je peux vous mettre au courant de ce qui se passe en matière de programmes de recherche, de l'analyse en cours et de certains des thèmes importants qui se dessinent.

J'ai laissé à Nancy quelques exemplaires de la brochure qui énonce le mandat de la commission et que vous connaissez peut-être déjà, mais dans laquelle vous verrez que les 16 rubriques du mandat concernent la vie, l'univers, et tout ce qui touche les peuples autochtones, des relations historiques, actuelles et futures des peuples autochtones avec les autres peuples du Canada aux revendications territoriales en passant par les traités, la Loi sur les Indiens, les questions de santé, les questions d'éducation, les diverses optiques féminines, et j'en passe.

Les travaux de la commission ont consisté à tenir des audiences publiques pendant près de deux ans dans plus de 100 localités, autochtones et non autochtones, de l'ensemble du territoire canadien; à mettre en oeuvre un programme de recherche qui a donné lieu à plus de 300 études pour la commission, ainsi qu'aux activités du personnel et à l'analyse en cours à la direction de la recherche, à mettre en oeuvre enfin un programme de participation des intervenants dont le rapport final a été publié la semaine dernière. Quelque 142 organisations se sont présentées pour demander un financement dans le cadre du programme des intervenants afin de rédiger leur propre mémoire concernant les rubriques du mandat.

La collecte de l'information est désormais pratiquement terminée. Pour certains projets de recherche, on doit encore nous fournir le rapport final. L'analyse est en cours, de même d'ailleurs que la synthèse des audiences, des mémoires des intervenants et des travaux de recherche sur les options en matière de politique qui seront étudiés par les commissaires au cours des prochains mois.

Bien que le mandat de la commission comporte 16 rubriques, il apparaît à l'évidence à tous ceux qui travaillent au sein de la commission que tout est lié. C'est le mot d'ordre pour le travail que nous faisons et c'est aussi un mantra qui apparaît dans bon nombre de prières et de rites autochtones: tout est lié.

Je vous citerais à titre d'exemple le diabète qui constitue un problème très grave dans de nombreuses communautés autochtones. Le diabète est l'une des principales causes d'invalidité due aux amputations que doivent subir les personnes âgées. Si vous vous rendez dans un foyer du troisième âge dans une communauté autochtone, vous serez certainement abasourdi, comme je l'ai moi-même été, de voir le nombre de personnes âgées qui ont dû subir des amputations du fait du diabète.



## [Texte]

It may well be, given the pattern of incidence of diabetes, that there is some genetic or biological connection to that. We don't really know, because there hasn't been genetic research done on it. What is clear from studies that have been done is that it's related to obesity, which is also a very prominent health problem, particularly among mature or older aboriginal people.

This is directly related to a poverty diet, which in some communities for a good part of the month is bannock and tea. Flour and carbohydrates fried in lard and consumed with tea and Carnation milk is a poverty diet in many communities at the time of the month when cash to buy supplies is low.

If you look at not only the economics of what money aboriginal people in many communities have to buy food but also at the sedentary lifestyle, which is linked to unemployment and lack of productive and health-promoting physical activity, you see that the lifestyle itself is related to much larger factors.

Settlements that once were temporary stopping-off places have become permanent settlements with their own hazards that result from lack of infrastructure. Also, there is a lack of a traditional food supply and a very consistent neglect of promotion of traditional and integrated economies.

Of course there is the classic situation that if you go off your reserve to go hunting you are likely to be in conflict with fish and game laws enforced by the province. If you do go hunting to supplement your bannock and tea diet with moose, you may well end up being charged for violation of game laws.

This is an example of how everything is related. You can't talk about health services to deal with disability consequent upon diabetes. You can't even talk about what to do in terms of medical interventions with diabetes without going through the whole history of how aboriginal people, and aboriginal youth, are weaned away from eating the traditional vegetarian diet that was important to many of them, because they were taught that kind of lifestyle and those kind of practices were backward and savage.

## [Traduction]

Il se pourrait, étant donné la fréquence du diabète, qu'il y ait dans tout cela un lien génétique ou biologique. Nous ne savons pas parce qu'il n'y a pas eu de travaux de recherche génétique sur la question. Mais les études réalisées révèlent que le diabète est lié à l'obésité, laquelle constitue également un très gros problème de santé, surtout chez les autochtones d'âge mûr ou avancé.

Cela est directement lié au régime alimentaire des personnes frappées de pauvreté qui, dans certaines communautés, mangent pendant la plus grande partie du mois du bannock et du thé. La farine et les glucides frits dans le saindoux et consommés avec du thé et du lait Carnation constituent le régime alimentaire des pauvres dans de nombreuses communautés pendant une partie du mois, lorsqu'on ne dispose plus d'argent suffisant pour acheter des aliments.

Lorsqu'on regarde l'aspect économique, c'est-à-dire l'argent dont dispose les autochtones dans de nombreuses communautés pour acheter la nourriture, mais aussi le mode de vie sédentaire, qui est lié au chômage et au manque d'activités physiques utiles et bénéfiques pour la santé, on constate que le mode de vie lui-même est lié à des facteurs beaucoup plus généraux.

Les établissements qui étaient autrefois des lieux de séjour temporaires sont devenus des établissements permanents avec leurs propres risques dus à l'absence d'infrastructure. L'approvisionnement alimentaire traditionnel fait également défaut, et on néglige en permanence l'autosuffisance traditionnelle.

Il y a bien sûr la situation classique qui fait que si vous sortez de la réserve pour aller chasser, vous risquez fort d'être en infraction avec les lois provinciales régissant la chasse et la pêche. Si vous allez chasser pour compléter votre régime alimentaire de bannock et de thé avec de la viande d'orignal, il se pourrait que vous soyez condamné pour infraction aux lois régissant la chasse.

Voilà qui vous montre combien tout est lié. On ne peut pas parler de services de santé pour régler un problème d'invalidité dû au diabète. On ne peut même pas parler d'éventuelles interventions médicales pour le diabète sans revenir sur l'évolution historique qui a eu pour résultat d'habituer les autochtones, et plus particulièrement les jeunes, à se passer de l'alimentation végétarienne traditionnelle qui était importante pour nombre d'entre eux, en leur disant que ce mode de vie et ces habitudes alimentaires étaient dépassés et primitifs.

• 1630

There are issues of land, availability of a healthful diet, poverty and people who are being weaned away from more healthful practices. There are young people who spent their time in boarding schools or who went off to high school in the city who have been taught to despise the ways of life that promoted health among their grandparents.

Getting back to the work of the royal commission, we expect to complete the work of analysis and policy development in the early fall of 1995. Co-chair René Dussault spoke to the press last week. This may mean that with the preparation of the final documents the report could be released in early 1996.

Il y a le problème des terres, de la possibilité d'obtenir une alimentation saine, de la pauvreté et des gens que l'on habitue à se détacher des habitudes plus saines. Il y a les jeunes qui passent leur temps dans les pensionnats ou qui sont allés à l'école secondaire en ville où on leur a appris à mépriser le mode de vie bénéfique à la santé que préconisaient leurs ancêtres.

Pour en revenir au travail de la commission royale, nous pensons pouvoir terminer l'analyse et l'élaboration de la politique d'ici le début de l'automne 1995. Le co-président René Dussault, s'est adressé à la presse la semaine dernière. Cela peut vouloir dire qu'avec la préparation des documents finaux, le rapport pourrait être publié début 1996.



## [Text]

In writing a report we're very much seized with the responsibility of developing a bicultural document that authentically represents the aboriginal experience and analysis of what their problems are and where the solutions lie. This is a document that will be useful to policy-makers and that will also contribute to the public education necessary to bring about significant change in aboriginal futures.

The print report itself will be in several volumes and there will be digests available in at least a limited number of aboriginal languages.

One of the public education instruments I'm particularly excited about is that the publication of a very large part of the commission database includes 75,000 pages of transcripts of hearings in electronic form on a CD-ROM.

In indexing and organizing the access for the analysis of the vast amount of information that has come to us, we already have an electronic indexing system that permits us, for example, to see what was said about violence against women in the Arctic from the intervenor briefs and the research reports at the hearings. We're able to sort of cross-reference the data. The computer brings up the file, and the analysts, instead of rifling through the indexes of 75,000 pages, are able, in a very efficient manner, to bring up the files to cross-reference things.

We feel that the prospect of being able to make this research an educational tool that's available at a very modest price for schools, universities, policy-makers, community leaders, planners and so on, is going to be an extremely important legacy of the commission.

I'll turn now to the specific process of research relating to health. I provided to Nancy an outline of the some 30 papers that have been commissioned. Many of them are overview papers on specific health topics. Then there's a set of community studies that we designed in order to probe more deeply the interrelated dynamics of specific health and social issues in aboriginal communities. These are representative of the various circumstances: urban, rural, north, south, small, large, status, non-status, Métis, Inuit and so on.

In bringing together the analyses from those overview papers, the community probes, the hearings and the intervenor briefs, we're dealing with health and social issues in an integrated manner.

So that policy work is clustered around health, our working title is "Health and Healing". The word "healing" is a generic word used very frequently in the public hearings to denote the types of change within persons and families and communities that aren't ordinarily included in the more limited title of "health".

## [Translation]

Pour la rédaction du rapport, nous avons la responsabilité de mettre au point un document biculturel qui rende compte de façon authentique de l'expérience des autochtones, de l'analyse de leurs problèmes et des solutions à envisager. Ce document sera utile aux décideurs et contribuera également à l'éducation du public qui est nécessaire si l'on veut un avenir très différent pour les autochtones.

La version imprimée du rapport comportera plusieurs volumes et il y aura des versions sommaires dans un certain nombre de langues autochtones au moins.

La publication d'une très grande partie de la base de données de la commission comprend 75 000 pages de transcriptions des audiences sur mémoire informatique CD-ROM et constitue un instrument d'éducation du public que je trouve particulièrement intéressant.

Pour indexer et organiser l'accès à l'analyse du grand nombre d'informations que l'on nous a transmises, nous avons déjà un système d'indexation électronique qui nous permet, notamment, de voir ce que l'on a dit sur la violence dont sont victimes les femmes dans l'Arctique dans les mémoires des intervenants et dans les rapports du service des recherches lors des audiences. Il est en quelque sorte possible de procéder à des renvois entre données. On peut faire apparaître le fichier sur l'écran et les analystes, au lieu de parcourir les index correspondant à 75 000 pages, peuvent faire apparaître très rapidement les fichiers correspondant aux données connexes.

Nous pensons que la perspective de pouvoir faire de ce travail de recherche un outil éducatif que pourront se procurer pour une somme très modique les écoles, les universités, les décideurs, les chefs communautaires, les planificateurs, etc., constituera un legs très important de la commission.

Je vais aborder maintenant les travaux de recherche propres à la santé. J'ai donné à Nancy les grandes lignes des quelque 30 documents que nous avons commandés. Ce sont pour la plupart des documents qui donnent une idée générale de sujets particuliers en matière de santé. Il y a ensuite toute une série d'études locales qui ont été conçues pour approfondir la dynamique, avec toutes ses inter-relations, de problèmes précis de santé et d'ordre social qui intéressent les communautés autochtones. Les différentes situations y sont représentées, qu'il s'agisse du milieu urbain ou rural, du nord ou du sud, des petites et des grandes communautés, d'indiens inscrits ou non, de métis, d'Inuit, etc.

## • 1635

En regroupant les analyses des documents généraux, des sondages communautaires, des mémoires présentés lors des audiences et par les intervenants, nous envisageons les questions médicales et sociales de façon intégrée.

Pour tenir compte de tous les éléments qui entourent la santé dans l'élaboration de notre politique, le titre choisi est: «La santé et la guérison». Le terme de «guérison» est général et est très fréquemment utilisé dans le cadre des audiences publiques lorsqu'on parle des changements que subissent les personnes, les familles et les communautés que ne recouvre pas normalement le titre limitatif de «santé».

## [Texte]

Some of the key issues occupying our attention as we work on developing policy analysis and policy options are of course the indicators of poor physical, social and emotional health status that diverge so greatly from Canadian norms. Some people have drawn the analogy that they approximate Third World conditions in some sectors of aboriginal experience.

There is infant mortality, rates of disability, violent and self-destructive behaviour and the continuation of high rates of infectious diseases relative to Canadian norms, and more recently the emergence of chronic diseases such as diabetes, which are part of the health risk picture in the rest of Canada. What is often implied in the recitation of these health indicators and indicators of poor health status is that somehow aboriginal people are sicker, are more disabled, are not so well equipped to cope with life.

Certainly in the hearings, as well as in our analysis, aboriginal people were saying it was not their way to be violent against their loved ones and against themselves. It was not aboriginal tradition. It was not Dene tradition or Inuit tradition to suffer infectious diseases, respiratory diseases, gastrointestinal diseases. All of this disease was not their tradition but a legacy of the conditions of life, not only the physical conditions related to the loss of food supply but also the social, cultural and political conditions that teach children to hate who they are.

If looking at research in other sectors—Fraser Mustard's research institute, the Canadian Institute of Child Health report that was released a couple of weeks ago—it is a well-known fact that these indicators of poor health status are not due to some deficiency in the patient or the individual; they are created by choices that are made politically, socially and economically within the surrounding environment. Very often the vulnerability of a 1-year-old child to pneumonia and death is not a deficiency in the child.

So our limited capacity as a society to deal with these horrific statistics in an intelligent manner—making use of the research on what to do about the health status and health risks endured by aboriginal people—is the question.

A second issue occupying our attention is the high cost and the recognizable, valued and appreciated but limited effects of the investments we're making in health care, in medical care and other remedial social measures. I'm sure the skyrocketing costs and size of the non-insured health benefits program of the medical services branch is an issue of concern to you, but the answer is not in controlling access to and utilization of services.

The challenge is to address the root causes of poor health and to recognize that with medical interventions—whether in the way of prescriptions, specialist services or helicopters to bring out people who are ill—controlling the costs is not the

## [Traduction]

Parmi les principaux problèmes auxquels nous nous attachons dans notre travail d'analyse et d'établissement des options politiques sont bien sûr les indicateurs d'un mauvais état de santé physique, sociale et affective qui diffèrent tellement des normes canadiennes. Certains ont fait le rapprochement avec des situations du tiers-monde pour certains secteurs autochtones.

Il y a le taux de mortalité infantile, le taux d'invalidité et de comportement violent et auto-destructeur et la fréquence des maladies infectieuses qui reste plus élevée que les normes canadiennes, et plus récemment l'apparition de maladies chroniques comme le diabète qui font partie du tableau d'ensemble des risques de santé pour le reste du Canada. En énumérant ces indicateurs de santé et de mauvais état de santé, on laisse souvent entendre que les autochtones sont en quelque sorte généralement plus malades, plus invalides et moins bien outillés pour affronter la vie.

Lors de nos audiences, aussi bien que dans le cadre de notre analyse, les autochtones ont bien dit clairement qu'un comportement violent à l'égard de leurs proches et à leur propre endroit ne leur était pas habituel. Ce n'est pas dans la tradition autochtone. Il n'est pas habituel pour les Dénés ou les Inuit de souffrir de maladies infectieuses, respiratoires et gastro-intestinales. Toutes ces maladies n'existaient pas traditionnellement et sont dues aux conditions de vie, pas seulement physiques à la suite de la disparition de l'approvisionnement alimentaire traditionnel, mais également sociales, culturelles et politiques qui font que l'on apprend aux enfants à avoir honte de leurs origines.

Les études réalisées dans d'autres secteurs, notamment par l'Institut de recherche Fraser Mustard, et le rapport de l'Institut canadien de la santé infantile publié il y a quelques semaines, montrent clairement que ces indicateurs de mauvais état de santé ne sont pas le fait d'une déficience du patient ou de la personne; ils sont provoqués par des choix politiques, sociaux et économiques que l'on a faits dans un cadre plus général. Bien souvent, la vulnérabilité d'un enfant d'un an face à la pneumonie et à la mort ne vient pas d'une déficience inhérente à l'enfant.

Notre capacité limitée, en tant que société, de réagir face à ces statistiques horribles de façon intelligente, c'est-à-dire en mettant à profit les travaux de recherche concernant les mesures à prendre pour améliorer l'état de santé des autochtones et réduire les risques, est en fait le problème.

Nous nous attachons en deuxième lieu au coût élevé et aux effets perceptibles et appréciés mais limités du financement que nous accordons aux secteurs des soins de santé, des soins médicaux et des autres mesures correctives d'ordre social. Je suis sûr que les coûts qui montent en flèche et l'importance du programme des prestations médicales non couvertes par une assurance des services médicaux constituent un problème pour vous, mais la réponse n'est pas de limiter l'accès et le recours aux services.

• 1640

Le défi consiste à traiter les causes qui sont à l'origine de ce mauvais état de santé et à reconnaître qu'avec les interventions médicales, qu'il s'agisse d'une ordonnance, des services spécialisés ou des hélicoptères pour transporter les malades,



## [Text]

way to actually achieve a more efficient, effective health delivery system, nor is it the way to achieve better health. It will be recognizing where the roots of ill health derive from—social, physical, economic and political conditions that create problems.

The third point I'd like to underline is the inequities in access, which have to be of concern to a commission on aboriginal peoples that encompasses not just status Indians on reserves but aboriginal people wherever they may live and whatever their legal status may be.

Substance abuse is a health problem that requires a culturally appropriate response. If you live on reserve or if you are a status Indian, you may have access to certain treatment facilities and resources that are appropriate to your person and your situation. More often than not, if you move off reserve or if you fall into one of the categories of aboriginal peoples not covered by the medical services branch of Health Canada, you're out of luck when it comes to accessing appropriate treatment.

Given that more than two-thirds of aboriginal people live in urban settings, the consistent availability of culturally appropriate services has to be a major concern.

That raises a fourth issue—the division of responsibility between federal and provincial governments. This is probably highlighted most critically in the issue of environmental threats to health. The capacity of the medical services branch to act at all in a situation of environmental threat to health is entirely dependent on the degree of federal-provincial cooperation, which can be hard to come by.

The fifth and final item I would like to underline is the incontestable necessity of focusing on prevention of illness and disease and the importance of promotion. Promotion is not just ParticipAction and live a better lifestyle. Health promotion has to be, again, going back to the roots of ill health—those things that determine the health status of the infant who is susceptible to early death from respiratory disease.

These things I've said are not new. Going back more than twenty years, we find Marc Lalonde's paper, *A New Perspective on the Health of Canadians*, which has been hailed around the world as one of the most forward-looking statements about health policy available to the world community. If you look, twenty years later, at what we've been able to do in terms of actually implementing the insights contained in that paper, we really have to hang our heads in shame.

In 1969 David Crombie took another approach to defining health strategies with his three pillars of health, citing social conditions, respect for culture and providing equitable access to health care systems. Again, we have to ask what's been accomplished in the fifteen years since that was announced.

## [Translation]

réduire les coûts n'est pas la solution pour arriver à un système médical plus efficace, ni pour améliorer l'état de santé. Il faut reconnaître qu'à l'origine de la mauvaise santé, il y a des conditions sociales, physiques, économiques et politiques qui sont sources de problèmes.

J'aimerais dans un troisième temps insister sur les injustices en matière d'accès, car elles doivent inquiéter une commission sur les peuples autochtones qui ne s'intéresse pas uniquement aux Indiens inscrits vivant dans les réserves, mais aux peuples autochtones de façon générale, où qu'ils vivent et quel que soit leur statut légal.

La toxicomanie est un problème de santé qui exige une réponse culturellement appropriée. Si vous vivez dans une réserve ou si vous êtes Indien inscrit, vous aurez peut-être accès à certains établissements médicaux et à certaines ressources qui sont adaptées à la personne que vous êtes et à votre situation. Mais plus souvent, si vous quittez la réserve ou si vous tombez dans l'une des catégories de peuples autochtones qui ne relèvent pas de la direction des services médicaux de Santé Canada, vous êtes en mauvaise posture lorsqu'il s'agit d'avoir accès aux soins médicaux appropriés.

Étant donné que plus des deux tiers des peuples autochtones vivent dans les zones urbaines, il faut vraiment s'occuper de créer des services culturellement adaptés.

Cela soulève une quatrième question: le partage des responsabilités entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Cet aspect est sans doute mis davantage en lumière dans le contexte des risques environnementaux relatifs à la santé. La capacité de la direction des services médicaux d'agir dans le cas d'un risque environnemental relatif à la santé dépend entièrement de l'importance de la collaboration qui existe entre les paliers fédéral et provincial, ce qui est très aléatoire.

J'aimerais pour terminer souligner dans un cinquième temps la nécessité absolue d'insister sur la prévention des maladies et sur l'importance de la promotion de la santé. La promotion de la santé, ce n'est pas simplement ParticipAction et mieux vivre. La promotion de la santé doit, je le répète, remonter à la racine du mauvais état de santé—c'est-à-dire à tout ce qui détermine l'état de santé d'un nourrisson qu'une maladie respiratoire peut emporter très rapidement.

Tout ce que j'ai dit n'est pas nouveau. Si on remonte plus de 20 ans en arrière, on trouvera un document de Marc Lalonde sur une nouvelle optique pour la santé des Canadiens, qui a été salué dans le monde entier comme l'une des déclarations les plus avant-gardistes en matière de politique de santé publique dont dispose la communauté internationale. Si l'on regarde, 20 ans plus tard, ce qu'on a réussi à faire pour mettre effectivement en oeuvre ces idées avancées, on ne peut que baisser le nez.

En 1969, David Crombie a choisi une optique différente pour décrire les stratégies en matière de santé. Il a eu recours aux trois piliers de la santé: les conditions sociales, le respect de la culture et un accès équitable pour tous aux systèmes de soins de santé. Il faut encore une fois nous demander ce qui a été réalisé au cours des 15 années qui ont suivi cette déclaration.



[Texte]

We're absolutely convinced that the emphasis on promotion has to focus on the needs of young children and families so that we can make a targeted approach to addressing prevention aspects.

[Traduction]

Nous sommes tout à fait convaincus que l'importance donnée à la promotion de la santé doit essentiellement viser les besoins des jeunes enfants et des familles pour que l'on puisse avoir une approche ciblée lorsqu'on s'occupe des divers aspects de la prévention.

• 1645

Of course, the large policy question that concerns the commission, and undoubtedly yourselves, is not what are the problems, what are the solutions. We know in large part what the solutions ought to be. The question is how to lever the change that will actually move us past saying to one another, ain't it awful that the statistics continue unabated?

Il est bien évident que le problème général qui inquiète la commission, et vous inquiète aussi sans aucun doute, n'est pas de savoir quels sont les problèmes mais quelles sont les solutions. Nous savons en grande partie ce que devraient être ces solutions. Il s'agit de voir comment apporter le changement qui nous permettra d'aller plus loin que la simple constatation: «N'est-ce pas affreux que ces données statistiques restent inchangées?»

**The Chairman:** Thank you very much, Marlene.

**Le président:** Merci beaucoup, Marlene.

We're just about out of time. I have one member who wishes to put a question. If there are others, we will try to do so fairly briefly.

Nous n'avons pratiquement plus de temps. Un membre du comité souhaite vous poser une question. S'il y en a d'autres, nous leur demanderons d'être brefs.

**Ms Bridgman (Surrey North):** Thank you, Marlene, for coming.

**Mme Bridgman (Surrey-Nord):** Merci, Marlene d'être venue.

You touched on one of these issues, actually. I have two concerns here. One would be about the fact that you're hearing witnesses and doing research in various areas. Are you actually looking at the existing studies that have been done and trying to pull them together, incorporating them into what you're doing?

Vous avez en fait abordé l'une des questions qui m'intéressent, et je vois deux problèmes à cet égard. Vous donnez la parole à des témoins et vous faites des travaux de recherche dans divers secteurs. Tenez-vous compte des études qui ont déjà été faites pour les rassembler et les intégrer à votre travail?

Secondly, when you mention the investments we're making in this field, I was thinking about whether we are evaluating existing services, and will there be some black and white recommendations in the report along that line?

Deuxièmement, lorsque vous parlez du financement que nous accordons à ce secteur, je me demande si nous évaluons les services qui existent et s'il y aura des recommandations précises à leur égard dans le rapport?

**Ms Brant-Castelano:** On the question of other studies, one of the first steps we took was to commission a review of previous task forces and commissions. There was a bibliography of those studies, which is available from the commission, some 900 studies relating to aboriginal affairs—not specific to health, but health is among those—and then summaries of the major findings and recommendations, which are being published. I apologize for not knowing whether those are out the door yet, but they are being published early. Then there is an overview document looking at the evolution of policy and what progress has been made in various sectors.

**Mme Brant-Castelano:** Pour ce qui est des autres études, l'une des premières mesures que nous avons prises a été de commander un examen des travaux des groupes de travail et des commissions qui nous ont précédés. Il existe une bibliographie de ces études que vous pouvez obtenir auprès de la commission et qui comporte 900 publications en rapport avec les affaires autochtones—pas uniquement la santé, mais la santé y figure—et on est en train de publier également un résumé des principaux résultats et des recommandations. Je regrette de ne pouvoir vous dire si cela est déjà fait, mais ces documents seront publiés rapidement. Il y a également un document de survol général qui porte sur l'évolution de la politique et sur les progrès réalisés dans divers secteurs.

So, yes, one of our first steps was to incorporate into our database work that has already been done by previous commissions and task forces and significant research undertakings and consultations.

Donc, oui, l'une des premières mesures que nous avons prises a consisté à intégrer dans notre base de données les travaux déjà réalisés par des commissions et des groupes de travail qui nous ont précédés, ainsi que les comptes-rendus des études et des consultations importantes qui ont été entreprises.

On the question of evaluating the services, we have not done an evaluation of services. We have looked at evaluations that have been done by other bodies, but we have not done our own evaluation of cost of outcomes, cost-benefit analyses.

Pour ce qui est d'évaluer les services, cela n'a pas été fait. Nous avons pris connaissance des évaluations réalisées par d'autres organismes, mais nous n'avons pas procédé nous-mêmes à l'évaluation du coût des résultats, à l'analyse de la rentabilité.

As part of our planning for implementation in selected areas where the commission is proposing to make recommendations, we will be doing an analysis of investment expenditures that are now committed to dealing with those

Dans le cas de notre plan de mise en oeuvre dans certains secteurs pour lesquels la commission se propose de faire des recommandations, nous allons analyser les dépenses que nous faisons actuellement pour régler ces problèmes. Mais il s'agira

## [Text]

problems. But it will be an expenditure assessment to help us rationalize what is being recommended. If it costs  $x$  to do this, how much more or less will it cost to do  $y$ , which the commission is recommending?

**Mr. Culbert (Carleton—Charlotte):** Marlene, I just have a quick question as time is rapidly running out. You touched upon many issues: the importance of diet—which is quite obvious to all of us—which could mean supplementation of food or cash to purchase food, a proper diet being a type of food; the importance of early intervention with children, which is important in every community, whether it be in the aboriginal community or our communities; and the root causes for our poor health.

But this is the bottom line of my question: from the information and research you've gathered, does the community have the wish and desire on their own to see change and to make that change work in the community for better health, for better social programs, and so on?

• 1650

We as a government can either throw all the people in there to assist, or all the money in the world in there to assist, but unless they have the wish, the desire, and the commitment to want to see change brought about, in my opinion it's probably not going to happen. That may be part of the problem of why it hasn't really happened over the years.

If we'd had the chance with the previous presenter, the question I would have asked her is—I took her reference to government—government has these studies; government should do something. But I look at government today as a partnership. It's you and I and all of the other people. Unless the residents and people in the communities have a will and a desire to make it happen, we from the top down are not going to be very successful.

**Ms Brant—Castelano:** I can give you a categorical answer to your first question: do communities want to see change? There is no aboriginal person in Canada who wants to see their children die of pneumonia; there is no aboriginal person in Canada who wants to see his or her grandmother have her legs amputated as a secondary result of diabetes; there is no one who wants to see our young men killing themselves.

What came through loud and clear from the hearings, though, is that interventions that come from outside often create more problems than they solve. So when we talk about the needs of intervention with families and for the protection, nurturing and stimulation of young children—we as aboriginal people have known how to care for our children and to educate them. There's research that shows that when they go to school they become progressively more stupid; they perform worse after five years in school in terms of levels of intelligence.

In child welfare there are children at risk, and the strategy has been to send in a caseworker from Kenora, or Winnipeg, or The Pas, or wherever to rescue the child. We know that in removing that child from a risk environment, the child very often ends up in a downward course that ends up in prison or with problems of mental health. So the rescue itself doesn't work all that well.

## [Translation]

d'une évaluation des dépenses qui nous permettra de rationaliser nos recommandations. S'il en coûte tant pour faire telle chose, va-t-il en coûter plus ou moins pour faire telle autre chose que la commission recommande.

**M. Culbert (Carleton—Charlotte):** Marlene, j'ai une question très brève à vous poser car nous manquons de temps. Vous avez abordé de nombreuses questions: l'importance du régime alimentaire—qui est une chose évidente pour nous tous—et pour cela il faudrait peut-être donner des suppléments alimentaires ou de l'argent pour acheter de la nourriture car une alimentation équilibrée comporte certains types d'aliments; l'importance d'une intervention précoce chez les enfants, ce qui est important dans toutes les communautés, autochtones ou non; et les causes de la mauvaise santé.

Mais voilà où je veux en venir avec ma question: d'après les renseignements et les travaux de recherche que vous avez réunis, la communauté souhaite-t-elle et veut-elle personnellement voir ce changement et faire en sorte que ce changement donne des résultats, c'est-à-dire donne lieu à un meilleur état de santé, à de meilleurs programmes sociaux, etc.?

Comme gouvernement, nous pouvons leur offrir de l'aide et mettre des sommes énormes à leur disposition, mais cela ne changera probablement rien, selon moi, si ces gens ne sont pas déterminés à faire en sorte que les choses changent. C'est peut-être l'une des raisons pour lesquelles le problème persiste malgré tout depuis des années.

Si j'en avais eu l'occasion, j'aurais demandé au témoin précédent si elle... Elle a dit que le gouvernement devrait faire quelque chose puisqu'il a en main toutes sortes d'études. Pour moi, gouverner de nos jours, c'est travailler en équipe. Nous devons tous nous donner la main. Nos efforts ne donneront pas grand chose à moins que les résidents de ces collectivités souhaitent de tout cœur que la situation change.

**Mme Brant—Castelano:** Je peux répondre de façon catégorique à votre première question. Ces collectivités souhaitent-elles un changement? Il n'y a pas un seul autochtone au Canada qui veut voir ses enfants mourir d'une pneumonie; il n'y a pas un seul autochtone au Canada qui voudrait que sa grand-mère diabétique se fasse amputer les jambes par suite de complications, il n'y a pas un seul qui voudrait que nos jeunes continuent à se suicider.

Ce qui se dégage clairement des audiences, toutefois, c'est que les interventions de l'extérieur créent souvent plus de problèmes qu'elles n'en règlent. Aussi, lorsque nous parlons de la nécessité d'une intervention auprès des familles et de la protection, de l'éducation et de la stimulation des jeunes enfants... nous, les autochtones, savons comment prendre soin de nos enfants, comment les éduquer. Des recherches ont démontré que l'école les abrutit progressivement; au bout de cinq ans, ils s'en tirent moins bien à l'école sur le plan intellectuel.

Lorsqu'un enfant est en danger, la société d'aide à l'enfance envoie un travailleur social de Kenora, de Winnipeg, de Le Pas ou d'ailleurs pour le secourir. Nous savons que s'il est retiré de son milieu, c'est très souvent le début de la fin pour l'enfant qui finit par aboutir en prison ou par se retrouver avec des problèmes de santé mentale. Donc, cette stratégie ne fonctionne pas très bien.



*[Texte]*

What happens in the community is that the family is grieved and becomes more dysfunctional. The community becomes more powerless to protect its own, and the nation, which should be the bulwark against intrusions, is rendered impotent and loses any kind of influence.

The problem that aboriginal people defined was the powerlessness to devise interventions in partnership. They don't want to throw out the baby with the bathwater; they don't want to reject what is known about healing, about protection, about coping with a modern environment. But what they are saying unequivocally is they want the death and the illness to stop. But it will only stop if the capacity of aboriginal nations, communities, families, individuals is restored. That means they have to have control of the resources, of expertise, of the means to sustain themselves, to be self-reliant.

I spent a number of years of my life as a social worker in child and family services. When I said aboriginal people want to have control, we want to take charge of our own family welfare and child protection, child care, the response of the agencies I worked in was, you think you can do better? Go ahead. There is a dumping syndrome that goes on when aboriginal people say they want to have control. It says, you think you can do better? You just go ahead and try it. That's not the way of the future. We are people of Canada with a legitimate claim to life.

*[Traduction]*

La famille se désole et devient plus dysfonctionnelle encore. La collectivité réussit encore moins à protéger ses membres et la nation, qui devrait être un rempart contre les intrusions, se sent impuissante et perd toute influence.

Les autochtones se plaignent de leur impuissance à joindre leurs efforts aux intervenants de l'extérieur. Ils ne veulent pas tout jeter par dessus bord; ils ne veulent pas rejeter tout ce qu'ils savent de la guérison, de la protection et de l'adaptation à un environnement moderne. Ce qu'ils veulent, et ils le disent sans équivoque, c'est mettre un terme aux décès et à la maladie. Ils n'y parviendront que si on donne aux nations autochtones, aux collectivités, aux familles et aux individus les moyens de le faire. Il faut pour cela qu'ils puissent exercer un contrôle sur leurs ressources, sur les moyens qu'ils ont pour subvenir à leurs propres besoins, pour être autonomes.

J'ai travaillé pendant un certain nombre d'années comme travailleuse sociale auprès des enfants et des familles. Lorsque je disais que les autochtones veulent être autonomes, veulent s'occuper eux-mêmes du bien-être de leur famille et de la protection de leurs enfants, les organismes pour qui je travaillais me disaient: Vous croyez pouvoir faire mieux? Allez-y. On a tendance à se désintéresser lorsque les autochtones disent qu'ils veulent se prendre en main. Vous pensez pouvoir faire mieux? Allez-y, essayez. Ce n'est pas ainsi que les choses vont changer. Nous sommes des Canadiens; nous avons nous aussi le droit de vivre et nos revendications sont légitimes.

• 1655

• 1700

**Mr. Culbert:** Thank you. I wish we had more time to pursue it. I appreciate your answer.

**The Chairman:** There will be more time, of course, because we hope we'll be able to touch base with you again along the way, Marlene. In the meantime, on behalf of the committee, let me thank you for your time and more particularly thank you for a very informative, articulate and indeed moving presentation. Thank you so much.

*[Proceedings continue in camera]*

**M. Culbert:** Merci. J'aurais aimé que nous disposions de plus de temps. Je suis sensible à ce que vous venez de dire.

**Le président:** Nous allons avoir plus de temps, bien sûr, parce que nous espérons vous rencontrer à nouveau à un moment donné, Marlene. Entre-temps, permettez-moi de vous remercier, au nom du comité, du temps que vous nous avez consacré et de vous remercier surtout de votre exposé très instructif et particulièrement touchant. Merci beaucoup.

*[La réunion se poursuit à huis clos]*





If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the Inuit Tapirisat of Canada:*

Rosemary Kuptana, President.

*From the Royal Commission on Aboriginal Peoples:*

Marlene Brant-Castelano, Co-Director of Research.

#### TÉMOINS

*De l'Inuit Tapirisat du Canada:*

Rosemary Kuptana, présidente.

*De la Commission Royale sur les peuples autochtones:*

Marlene Brant-Castelano, codirectrice de la recherche.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

2A1  
XC28  
-1139

Comm  
Zulu

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 18

Tuesday, November 1, 1994

Thursday, November 3, 1994

**Chair:** Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 18

Le mardi 1<sup>er</sup> novembre 1994

Le jeudi 3 novembre 1994

**Président:** Roger Simmons

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*      *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Health

## Santé

---

### RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of a study on the health of the aboriginal peoples of Canada

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of a draft workplan for a study on the health of the aboriginal peoples of Canada

### CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, considération d'une étude concernant la santé des autochtones du Canada

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, considération d'une ébauche d'un plan de travail pour une étude concernant la santé des autochtones du Canada

---

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



## STANDING COMMITTEE ON HEALTH

*Chair:* Roger Simmons

*Vice-Chairs:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Members

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Associate Members

Madeleine Dalphond-Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
Réal Ménard  
John Murphy  
Svend Robinson  
Andy Scott

(Quorum 6)

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

*Président:* Roger Simmons

*Vice-présidents:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Membres

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Membres associés

Madeleine Dalphond-Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
Réal Ménard  
John Murphy  
Svend Robinson  
Andy Scott

(Quorum 6)

*La greffière du Comité*

Nancy Hall



## ORDERS OF REFERENCE

*Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons of Thursday, October 27, 1994*

Mr. Milliken (Parliamentary Secretary to the Leader of the Government in the House of Commons), from the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented the Forty-fourth Report of the Committee which was as follows:

The Committee recommends, pursuant to Standing Order 104, that the following Members be added to the list of Associate Members of Standing Committees:

Health

Ménard

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence (*Issue No. 28, which includes this Report*) was tabled.

ATTEST

*Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons of Thursday, October 27, 1994*

By unanimous consent, it was ordered, — That the Forty-fourth Report of the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented earlier today, be concurred in.

ATTEST

*Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons of Thursday, November 3, 1994*

Mr. Milliken (Parliamentary Secretary to the Leader of the Government in the House of Commons), from the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented the Forty-sixth Report of the Committee which was as follows:

The Committee recommends pursuant to Standing Order 104, that the following Member be added to the list of Associate Members of the Standing Committee on Health:

Robinson

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence (*Issue No. 29, which includes this Report*) was tabled.

ATTEST

*Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons of Thursday, November 3, 1994*

By unanimous consent, it was ordered, — That the Forty-sixth Report of the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented earlier today, be concurred in.

ATTEST

## ORDRES DE RENVOI

*Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du jeudi 27 octobre 1994*

M. Milliken (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, présente le 44<sup>e</sup> rapport de ce Comité, dont voici le texte:

Le Comité recommande, conformément au mandat que lui confère l'article 104 du Règlement, que les députés dont les noms suivent s'ajoutent à la liste des membres associés des Comités permanents:

Santé

Ménard

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents (*fascicule n° 28, qui comprend le présent rapport*) est déposé.

ATTESTÉ

*Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du jeudi 27 octobre 1994*

Du consentement unanime, il est ordonné, — Que le 44<sup>e</sup> rapport du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, soit agréé.

ATTESTÉ

*Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du jeudi 3 novembre 1994*

M. Milliken (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, présente le 46<sup>e</sup> rapport de ce Comité, dont voici le texte:

Conformément au mandat que lui confère l'article 104 du Règlement, le Comité recommande que le député dont le nom suit s'ajoute à la liste des membres associés du Comité permanent de la santé:

Robinson

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents (*fascicule n° 29 qui comprend le présent rapport*) est déposé.

ATTESTÉ

*Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du jeudi 3 novembre 1994*

Du consentement unanime il est ordonné, — Que le 46<sup>e</sup> rapport du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, présenté plus tôt aujourd'hui, soit agréé.

ATTESTÉ

*Le Greffier de la Chambre des communes*

ROBERT MARLEAU

*Clerk of the House of Commons*

## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, NOVEMBER 1, 1994  
(27)

## [Text]

The Standing Committee on Health met at 9:04 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Bldg., the Vice-Chair, Ovid L. Jackson, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Other Member present:* Claude Bachand.

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Bill Murray, Research Officers.

*Witnesses: From Health Canada:* Paul Cochrane, Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch; Jerome Berthelette, Director General, Program, Policy and Planning, Medical Services Branch; Judith Ross, Senior Program Analyst and Coordinator, Medical Services Branch; Kay Stanley, Assistant Deputy Minister, Health Program and Services Branch; Catherine Lane, Director General, Health Promotion Directorate, Health Programs and Services; Brian Ward, Director General, Children's Bureau, Health Programs and Services Branch; Kathy Stewart, A/Director, Family Violence Prevention Division, Health Programs and Services Branch; Gweneth Gowanlock, Executive Director, National AIDS Secretariat, Health Programs and Services Branch. *From the Department of Indian and Northern Affairs:* Kerry Kipping, Director, First Nations Relations Directorate; Stuart Swanson, Director, Transfer Payments Directorate.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), consideration of a study on the health of the aboriginal peoples of Canada (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

Paul Cochrane and Kay Stanley made statements and, with the other witnesses, answered questions.

At 9:55 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:05 o'clock a.m., the sitting resumed.

Kerry Kipping and Stuart Swanson made statements and answered questions.

At 10:59 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

## PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 1<sup>er</sup> NOVEMBRE 1994  
(27)

## [Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à 9 h 04, dans la salle 536 de l'immeuble Wellington, sous la présidence de Ovid L. Jackson (*vice-président*).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

*Autre député présent:* Claude Bachand.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Bill Murray, attachés de recherche.

*Témoins: De Santé Canada:* Paul Cochrane, sous-ministre adjoint, Services médicaux; Jerome Berthelette, directeur général, Politiques des programmes et planification, Services médicaux; Judith Ross, analyste principale de programme et coordinatrice, Services médicaux; Kay Stanley, sous-ministre adjointe, Programmes et services de la santé; Catherine Lane, directrice générale, Promotion de la santé, Programmes et services de la santé; Brian Ward, directeur général, Bureau des enfants, Programmes et services de santé; Kathy Stewart, directrice par intérim, Prévention de la violence familiale, Programmes et services de santé; Gweneth Gowanlock, directeur exécutif, Secrétariat national du SIDA, Programmes et services de santé. *Du ministère des Affaires indiennes et du Nord:* Kerry Kipping, directeur, Relations avec les Premières nations; Stuart Swanson, directeur, Paiements de transfert.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'examen d'un projet d'étude sur la santé des autochtones. (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*).

Paul Cochrane et Kay Stanley font un exposé et, avec les autres témoins, répondent aux questions.

À 9 h 55, la séance est suspendue.

À 10 h 05, la séance se poursuit.

Kerry Kipping et Stuart Swanson font des exposés et répondent aux questions.

À 10 h 59, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Carol Chafe

Committee Clerk

Greffière de Comité

Carol Chafe

THURSDAY, NOVEMBER 3, 1994  
(28)

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Bldg., the Chairman, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Associate Member present:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Bill Murray, Research Officers.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), consideration of a draft workplan for a study on the health of the aboriginal peoples of Canada (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

Hedy Fry moved,—That a Sub-committee of the Standing Committee on Health, consisting of six Members, be appointed to study the spread of HIV and the prevention, treatment and support of persons infected or affected by HIV/AIDS, with special attention being given to the role of poverty and discrimination on the aforementioned matters.

After debate, Harold Culbert moved that further debate on the motion be postponed until the next meeting.

After debate, the question being put on the motion by Mr. Culbert to postpone debate, it was negatived by a show of hands.

The question being put on the motion, moved by Dr. Fry regarding the creation of a Sub-committee on HIV/AIDS, it was adopted by a show of hands.

It was agreed,—That discussion on the composition of the Sub-committee would be postponed until all parties had an opportunity to consider the matter.

It was agreed,—That on the terms of reference for the study on the health of the aboriginal peoples of Canada continue at the next meeting.

It was agreed,—That the Clerk be authorized to write to the Clerk of the Liaison Committee indicating that the Committee had committed all of its funds to the end of the fiscal and therefore had none to return to the unallocated reserve.

At 10:05 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

LE JEUDI 3 NOVEMBRE 1994  
(28)

Le Comité permanent de la santé se réunit à huis clos à 9 h 10, dans la salle 536 de l'immeuble Wellington, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

*Membre associée présente:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Bill Murray, attachés de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité examine un plan de travail en vue d'une étude sur la santé des autochtones. (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*).

Hedy Fry propose—Qu'un Sous-comité du Comité permanent, composé de six membres, soit mis sur pied pour étudier la progression du VIH ainsi que la prévention, le traitement et le soutien des personnes atteintes du VIH/SIDA, entre autres, l'incidence de facteurs reliés à la pauvreté et à la discrimination.

Après débat, Harold Culbert propose que le débat de la motion se poursuive à la prochaine séance.

Après débat, la motion de M. Culbert, mise aux voix à main levée, est rejetée.

La motion de M. Fry, proposant la création d'un Sous-comité, mise aux voix à main levée, est adoptée.

Il est convenu—Que l'examen de la composition du Sous-comité soit reporté afin de permettre aux différents partis d'en discuter.

Il est convenu—Que l'examen du mandat relatif à l'étude de la santé des autochtones reprenne à la prochaine séance.

Il est convenu—Que la greffière soit autorisée à informer le greffier du Comité de liaison que le Comité permanent, ayant engagé tous ses fonds jusqu'à la fin du présent exercice, n'a aucun excédent à retourner à la réserve générale.

À 10 h 05, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*La greffière du Comité*

Nancy Hall



[Text]

[Translation]

## EVIDENCE

## TÉMOIGNAGES

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Enregistrement électronique]

Tuesday, November 1, 1994

Le mardi 1<sup>er</sup> novembre 1994

● 0904

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Order. I'm sitting in for Roger Simmons. Roger will try to get here if he can. He had an unavoidable appointment this morning.

At the outset I want to say we have two sets of witnesses. I would ask that members direct their questions to the chair and through the chair. We don't want to have a match where two members are arguing between themselves and the rest of us are sitting watching. Meetings are run properly when it's directed through the chair. I hope everybody will be civil with our witnesses as well as our colleagues.

We have a quorum, and I understand we have the deputy minister, Paul Cochrane. Paul, please begin.

**Mr. Paul Cochrane (Acting Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch, Health Canada):** Thank you, Mr. Chairman.

Members of the committee, good morning.

Bonjour. Je suis très heureux d'être avec vous aujourd'hui.

With me today I have Jerome Berthelette, director general of policy and planning in my branch, Medical Services; Judith Ross, one of our program analysts; my colleague the assistant deputy minister of the Health Programs and Services Branch; and Catherine Lane, the director general, Health Promotion Directorate. As well, from Health Programs and Services we have Brian Ward, director general of the Children's Bureau; Kathy Stewart, the acting director of Family Violence Prevention Division; and Gweneth Gowanlock, the executive director of the National AIDS Secretariat.

● 0905

The Medical Services Branch is responsible for the delivery of health service on reserve to status Indians with the exception of the non-insured health benefits program, which is provided to all status Indians regardless of residency.

The delivery of programs and services through the Medical Services Branch is a highly decentralized process. The Medical Services Branch is composed of a headquarters unit in Ottawa and eight regional offices located in the major cities across Canada. Within each region as well, there are a number of zones from which services are provided.

If we use Ontario region as an example, there are four zone offices, located in Moose Factory, Sioux Lookout, Thunder Bay, and Ottawa, serving southern Ontario. These zones then connect into a series of some 300 health facilities through which Medical Services Branch delivers programs to first nations people.

**Le vice-président (M. Jackson):** La séance est ouverte. Je remplace Roger Simmons qui viendra plus tard s'il le peut. Il avait un rendez-vous imprévu ce matin.

Nous entendrons deux groupes de témoins. Ensuite, je demanderai aux membres du comité de poser leurs questions directement à la présidence. Nous ne voulons pas devoir assister en spectateurs à un match entre deux membres du comité. Pour avoir des séances ordonnées il faut s'adresser à la présidence. J'espère que tant nos témoins que nos collègues pourront compter sur la courtoisie de tous.

Nous avons le quorum et si je comprends bien, nous accueillons le sous-ministre, M. Paul Cochrane. Je suis en prie.

**M. Paul Cochrane (sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des services médicaux, Santé Canada):** Merci monsieur le président.

Bonjour mesdames et messieurs.

Good morning ladies and gentlemen, I am pleased to be here today.

Je suis accompagné de Jerome Berthelette, directeur général, Politique des programmes et de la planification, Direction générale des services médicaux, de Judith Ross, une de nos analystes de programmes, de ma collègue sous-ministre adjointe à la Direction générale des programmes et des services de la santé, et de Catherine Lane, directrice générale, Promotion de la santé. Nous avons également Brian Ward, de la Direction générale des programmes et des services de santé et qui est directeur général au Bureau des enfants, Kathy Stewart, directrice intérimaire, Division de la prévention de la violence familiale, et Gweneth Gowanlock, directeur exécutif, Secrétariat national sur le Sida.

La Direction générale des services médicaux est chargée de la prestation des services de santé dans les réserves aux Indiens inscrits, exception faite du programme des soins de santé non assurés qui s'adresse à tous les Indiens inscrits indépendamment de leur lieu de résidence.

La prestation des services de santé par la Direction générale des services médicaux est un processus hautement décentralisé. Notre Direction générale comprend une administration centrale à Ottawa et huit bureaux régionaux dans les grandes villes du pays. De plus, il y a un nombre de secteurs régionaux qui s'occupent également de la prestation de services dans chaque région.

Si nous prenons l'Ontario comme un exemple de région, cette province comprend quatre bureaux, à Moose Factory, Sioux Lookout, Thunder Bay et Ottawa pour le sud de l'Ontario. Ces divers secteurs sont reliés en une série de 300 installations de santé où la Direction générale des services médicaux offre des programmes de santé aux Premières nations.

## [Texte]

We employ upwards of 1,800 staff. There are another approximately 1,500 band-employed staff or first nations-employed staff who are hired through contribution agreements with funding made available by medical services.

The total budget for the Medical Services Branch in the current fiscal year is approximately \$938 million. This is made up of several major components.

We have approximately \$300 million of programming that is given in grants and contributions to first nations to deliver health services at the community level. In addition, approximately \$500 million of that total is provided for goods and services either directly or through third parties for the non-insured health benefits program.

In addition, we have a salary payroll of approximately \$80 million and an operating budget of approximately \$90 million. I will provide you with information later that will outline the budget situation for you in more detail.

I understand that your committee will be travelling across the country to experience firsthand life on first nations reserves. During your visits you will see a lot of things. You will see health centres, nursing stations. You will meet with nurses who are employed by Medical Services Branch or employed by bands, community health representatives who are employed by bands, addiction and NNADAP workers who are employed by bands, and, in some communities, mental health workers.

You will see schools, firehalls, community centres, and lots of children. You will visit communities at various stages of healing, each and every one of which wants to be a better place for their children and their families to live in.

You will also hear about health status. I would like to state that the health status of Canada's first nations people and of aboriginal people in this country in general is unacceptably low. Some communities, in fact many, still have unacceptable situations. However, there has been significant improvement over the years, particularly in some areas.

I will give you two examples: neo-natal deaths, where the Indian population rate is 4.8 per 1,000 versus the Canadian rate of 4.0; and low birth-weight infants, which in the Indian population is 1.3% versus 5.4% for the national average.

However, serious conditions still exist. Suicide rates, rates of solvent abuse, and deaths by accidents, poisoning, and violence are unacceptably high.

What needs to be done? If one uses a health determinist approach and looks at the things that impact on health status, we must continue to ensure that more control over programs and services is in the hands of first nations communities and first nations institutions. They are in the best position to identify their priorities and to develop and implement their own programs and services.

## [Traduction]

Notre effectif comprend plus de 1 800 membres. Il y a en outre environ 1 500 personnes qui sont employées par les bandes ou par les Premières nations et rémunérées par les Services médicaux grâce à des ententes de contribution.

Le budget total de notre direction générale au cours de la présente année financière est d'environ 938 millions de dollars et comprend diverses composantes.

Environ 300 millions de dollars proviennent de subventions et contributions aux Premières nations et servent aux services de santé au niveau communautaire. De plus, environ 500 millions de cette somme sont destinés à l'acquisition de biens et services soit directement soit par le truchement de tierces parties pour les programmes de soins de santé non assurés.

De plus, notre masse salariale s'élève à environ 80 millions de dollars et notre budget de fonctionnement, à environ 90 millions. Je vous donnerai plus tard des détails au sujet du budget.

Si je comprends bien, votre comité va voyager d'un bout à l'autre du pays pour bien comprendre comment se déroule la vie dans les réserves des Premières nations. Au cours de votre tournée, vous pourrez voir de vous-mêmes des centres de santé et des infirmeries, vous rencontrerez des infirmières et infirmiers à l'embauche de la Direction générale des services médicaux ou des bandes, des représentants en santé communautaire employés par les bandes, des travailleurs dans le domaine de la toxicomanie, d'autres qui travaillent pour le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones et, dans certaines collectivités, des travailleurs en santé mentale.

Vous verrez des écoles, des casernes de pompiers, des centres communautaires et beaucoup d'enfants. Vous verrez des collectivités qui se trouvent sur la voie de la guérison, et qui veulent toutes que leurs enfants et leurs familles connaissent un avenir meilleur.

On vous parlera également de l'état de santé des autochtones. Je tiens à vous dire que, de façon générale, l'état de santé des Premières nations et des peuples autochtones de ce pays laisse à désirer. Certaines communautés, en fait beaucoup d'entre elles, se trouvent dans des situations inacceptables. Cependant, au fil des années, il y eu des améliorations importantes, particulièrement dans certains domaines.

Je vous donnerai deux exemples: le nombre de décès pendant la période néonatale, où le taux pour la population indienne est de 4,8 par 1 000 naissances par rapport au niveau canadien de 4,0; également le faible poids à la naissance qui, dans la population indienne, est de 1,3 p. 100 par rapport à 5,4 p. 100 pour la moyenne du pays.

La situation reste cependant très sérieuse: il suffit de penser aux taux élevés de suicide, d'inhalation de solvants et de morts accidentelles, par empoisonnement et violentes.

Que peut-on faire? Dans une optique déterministe en matière de santé, si l'on envisage les facteurs qui ont une influence sur l'état de santé, il faut continuer à s'assurer que les collectivités des Premières nations et leurs institutions ont le dernier mot dans l'administration des programmes et services de santé. Car ce sont ces personnes qui sont le mieux à même d'identifier leurs priorités, de mettre au point et d'adopter leurs propres programmes et services.



[Text]

[Translation]

• 0910

We must continue to stress public health, health promotion and prevention, along with individual and community responsibilities in these areas.

We must continue to acknowledge and to support traditional healers, medicine men, and other cultural practices, as part of a holistic approach to health, or as you will hear in many first nations communities, a holistic approach to wellness. These represent the traditional healers and cultural remedies. These represent the spiritual determinant to health that is often missing in western-based systems of health care delivery.

We must also support the government's commitment to the recognition of inherent right to self-government. Self-government will ultimately allow communities to be responsible for their own health, and will restore the relationship that existed at the times when many of our treaties were signed. With this responsibility and authority invested in first nations will come self-esteem and a sense that they are once again in control of their own destinies.

Infrastructure improvements are required — more houses, potable water and sewage systems would help to improve health status. Too many first nations people live in too few houses with poor access to potable water.

We must support practical recommendations that have been made, like those contained in the "Report of the Federal Provincial Territorial Aboriginal Working Group on Health." The recommendations in this report focused on mechanisms for the elimination of barriers to access caused by jurisdictional and eligibility issues, the identification of information needs that first nations people require to make informed decisions about their own health, and increasing the involvement of aboriginal people in all aspects of the health care system.

Implementing these recommendations along with the implementation of inherent right to self-government will involve the participation of the provinces in the harmonization of health services delivery to aboriginal people. During your deliberations, you will want to consider the overall health care system in Canada and the role that both the federal, provincial, municipal and first nations government play in this comprehensive health care system. I am sure you will want to deal with that in your recommendations.

Putting forward these positions with respect to determinants of health should not be taken to mean their solutions will be easy or expensive. There are many things that can be done with respect to infrastructure, for instance, that are not as expensive as full-blown sewage and water treatment facilities in every reserve.

Those of you who may have experienced northern Canada to a degree will understand the vast capital outlay that would be required in putting in what we would see in the south in terms of contemporary and sewage systems for reserves which are scattered many hundreds of miles apart, with sparse populations, located in extremely harsh and trying environmental and geological conditions.

Nous devons continuer à mettre l'accent sur la santé publique, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, tout en insistant sur la responsabilité personnelle et collective dans ces domaines.

Nous devons continuer à appuyer le travail des guérisseurs traditionnels ainsi que d'autres méthodes culturelles, dans le cadre d'une approche holistique de la santé ou, comme vous le direz de nombreuses collectivités des Premières nations, d'une approche holistique du mieux-être. Ces méthodes font partie de la médecine culturelle que pratiquent les guérisseurs traditionnels. Elles sont le facteur déterminant spirituel de la santé qui manque souvent dans les régimes occidentaux de soins de santé.

Nous devons également appuyer l'engagement du gouvernement à reconnaître le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale. L'autonomie gouvernementale permettra aux collectivités de prendre en charge leur propre santé et rétablira la relation qui prédominait à l'époque où ont été signés un grand nombre de nos traités. Le fait de confier cette fonction et ce pouvoir aux Premières nations accroîtra l'estime que leurs membres ont d'eux-mêmes et leur donnera le sentiment qu'ils sont de nouveau maîtres de leur destinée.

Il faudra apporter des améliorations à l'infrastructure — un nombre plus grand de maisons, de l'eau potable et des réseaux d'égouts contribueraient à améliorer l'état de santé des collectivités. Trop de gens des Premières nations vivent dans des maisons trop peu nombreuses, mal dotées en eau potable.

Nous devons appuyer les recommandations concrètes qui ont été faites, entre autres celles énoncées dans le «Rapport du groupe de travail fédéral-provincial-territorial autochtone sur la santé». Les recommandations contenues dans ce rapport portent sur des mécanismes visant l'élimination des obstacles que posent les champs de compétences et les critères d'admissibilité, sur la détermination des renseignements nécessaires aux gens des Premières nations pour prendre des décisions éclairées sur leur propre santé et, enfin, sur une participation accrue des autochtones à tous les aspects du régime de soins de santé.

Pour mettre en oeuvre ces recommandations et appliquer le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale, les provinces devront harmoniser les soins de santé qu'elles offrent aux peuples autochtones. Au cours de vos délibérations, vous voudrez sans doute examiner le régime général de soins de santé au Canada, de même que le rôle des diverses administrations, fédérale, provinciale, municipale et autochtone, dans ce régime. Je suis persuadé que vous voudrez en traiter dans vos recommandations.

Poser de tels principes, à l'égard des facteurs déterminants de la santé, ne signifie pas pour autant que les solutions seront faciles ou peu coûteuses. Dans le cas de l'infrastructure, bien des choses peuvent être faites sans qu'il en coûte aussi cher que d'installer dans chaque réserve des usines de filtration d'eau potable et d'épuration des eaux usées.

Ceux d'entre vous qui connaissent le Nord canadien comprennent de quelle ampleur serait l'investissement nécessaire pour installer des réseaux d'égouts aussi modernes que ceux du Sud dans des réserves séparées les unes des autres par des centaines de milles, peu peuplées et situées dans des endroits où les conditions environnementales et géologiques sont extrêmement dures.



## [Texte]

In fact, many of the solutions are better and less expensive than those that exist elsewhere. I give one example. The dental therapist program in Medical Services Branch is a program which has been in operation for many years. These therapists are a blend of hygienist and dentist who work independently but under the direction of a dentist, focusing on prevention in first nations communities, but doing treatment in a very cost-effective fashion. It allows first nations people to be educated, return to their own communities, and provide a service.

Health Canada and Medical Services Branch have reaffirmed our commitment to community control of health resources. Our major priority is to work with first nations in putting them in charge of their health programs and health resources. We have committed ourselves to ensuring that communities become equal partners in the management of available resources. We will continue to work with first nations to allow them to develop, to the greatest extent possible, solutions which meet their needs and are implementable by them.

Mr. Vice-Chair, I would now ask my colleague, Kay Stanley, to make some comments on her program.

## [Traduction]

En fait, il existe un bon nombre de solutions meilleures et moins coûteuses que celles que l'on trouve ailleurs. Permettez-moi d'en donner un exemple. Le programme de dentothérapie de la Direction générale des services médicaux existe depuis un bon nombre d'années. Les thérapeutes sont à la fois hygiénistes et dentistes. Ils travaillent individuellement sous la direction d'un dentiste. Ils mettent l'accent sur la prévention dans la collectivité des Premières nations et offrent des traitements de façon très rentable. De cette façon, les gens des Premières nations reçoivent un enseignement, retournent dans leurs propres collectivités et dispensent un service.

Santé Canada et la Direction générale des services médicaux ont réitéré notre engagement à l'égard du contrôle par la collectivité des ressources en matière de santé. Notre grand objectif est de collaborer avec les Premières nations pour qu'elles prennent en mains leurs programmes de santé et les ressources nécessaires à ces programmes. Nous nous sommes engagés à veiller à ce que les collectivités deviennent partenaires à parts égales dans la gestion des ressources disponibles. Nous continuerons de travailler de concert avec les Premières nations pour leur permettre d'élaborer, dans toute la mesure du possible, des solutions qui répondent à leurs besoins et qu'elles puissent appliquer elles-mêmes.

Monsieur le vice-président, je vais maintenant laisser la parole à ma collègue, Kay Stanley, qui vous parlera de son programme.

• 0915

**Ms Kay Stanley (Assistant Deputy Minister, Health Program and Services Branch, Health Canada):** I must say it's nice to come here on All Saints' Day, as opposed to All Hallows Eve, so I'm glad it was today and not yesterday that we were invited to appear before the committee.

Monsieur le président et membres du Comité, bonjour. Je suis Kate Stanley, sous-ministre adjointe de la Direction des programmes et des services de santé de Santé Canada.

Au cours des 18 derniers mois, ma direction générale a connu un certain nombre de changements importants. Je mentionnerai simplement que tous les programmes et les services de santé, et certains programmes sociaux, ont été regroupés pour former une direction générale. Ce regroupement a été entrepris afin de mieux intégrer les politiques et les programmes du domaine de la santé et des services sociaux de sorte à refléter une vision plus globale de la santé.

The Health Programs and Services Branch is currently made up the following: Health Promotion Directorate, Extramural Research Programs Directorate, Health Services Directorate, Seniors Directorate, Children's Bureau, a fitness directorate, Family Violence Prevention Division, Canada's Drug Strategy Secretariat, the National AIDS Strategy Secretariat, a policy and planning unit, and six regional health promotion and social development offices across the country.

**Mme Kay Stanley (sous-ministre adjointe, Direction générale des programmes et des services de la santé, Santé Canada):** Je dois avouer que je suis heureuse de comparaître devant votre comité aujourd'hui plutôt qu'hier, à la Toussaint plutôt qu'à l'Halloween.

Mr. Chairman, members of the House Standing Committee, good morning. I am Kay Stanley, Assistant Deputy Minister of the Health Programs and Services Branch of Health Canada.

Within the past 18 months, my Branch has undergone a number of significant changes. Suffice it to say that all health programs and services and some social programs and services were combined to form one branch. This integration was undertaken to better integrate health and social policies and programs to reflect a broader vision of health.

La Direction générale des programmes et des services de la santé comprend présentement les éléments suivants: la Direction de la promotion de la santé, la Direction des programmes de recherche extra-muros, la Direction des services de santé, la Direction des aînées et des aînés, le Bureau des enfants, la Direction de la condition physique, la Division de la prévention de la violence familiale, le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, le Secrétariat de la Stratégie nationale sur le SIDA, une Unité des politiques et de la planification et six bureaux régionaux de promotion de la santé et du développement social, situés à travers tout le pays.

## [Text]

The role of my branch is to develop, promote, fund, support, and coordinate programs to preserve and advance the health and well-being of all Canadians. That is why I am pleased to join with Paul this morning: because the focus is on all Canadians, from the perspective of my branch.

We also provide a national focus on pressing health issues that arise and we attempt to foster physical and mental well-being in order to contribute to the quality of life of Canadians. We do this in a number of ways: through health promotion and disease prevention programs and through leadership and coordination in partnerships with provinces, territories, and various national and professional organizations, in order to promote the effective management, quality, and appropriateness of health services and their delivery and to prevent and control chronic diseases; by coordinating national strategies, which permit the federal government to respond in a timely manner to pressing health issues of national concern such as HIV-AIDS, family violence, and consumption of tobacco—and Paul has mentioned the role of his branch in ensuring these national initiatives are delivered on reserve—and also by contributing to capacity-building and over the long term the self-sufficiency of national voluntary health organizations in the health field. Finally, the branch is involved in funding innovative national health research and development.

So that's how we fulfil our role. But there is also, just as importantly, the way we work and for whom we work.

De plus en plus et dans la mesure du possible, nous oeuvrons en relation avec la culture. Nous sommes sensibles aux différences sur le plan de la langue, de la culture et des voies de communication. Nous invitons toujours des représentants de groupes cibles dans les consultations et l'élaboration des programmes et nous nous efforçons d'élaborer des programmes qui fournissent aux participants les outils et les renseignements dont ils ont besoin pour améliorer leur propre santé.

We target our activities to all Canadians, including the aboriginal population, and in particular to those who are at risk. That means all Canadians can access any of our programs and services, other than those developed for specific or what we call "target" groups.

Many of our programs have target groups. Because of the knowledge of the poor health status of aboriginals, they often become one of the target groups. This means sometimes there are specific programs for aboriginal groups or they are a specific part of a health strategy.

## [Translation]

Le rôle de ma direction générale est d'élaborer, de promouvoir, de financer, d'appuyer et de coordonner des programmes afin de préserver et d'améliorer la santé et le bien-être de tous les Canadiens et Canadiennes. Si je suis heureuse d'accompagner Paul ce matin, c'est que dans l'optique de ma direction générale, les programmes visent tous les citoyens.

Nous servons également de centre de coordination national pour les problèmes de santé pressants qui surviennent et nous essayons de favoriser le bien-être physique et mental afin de contribuer à la qualité de vie des Canadiens et Canadiennes. Nous assumons ce rôle de diverses façons, entre autres: en assurant des programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie et en jouant un rôle de chef de file et de coordonnateur en association avec les provinces, les territoires et diverses organisations nationales et professionnelles afin de promouvoir la gestion efficace, la qualité et la pertinence des services de santé et de leur prestation, et d'assurer la prévention des maladies chroniques et la lutte contre celles-ci; en coordonnant des stratégies nationales qui permettent au gouvernement fédéral de réagir en temps opportun aux problèmes de santé pressants à l'échelle nationale, comme, par exemple, le VIH/SIDA, la violence familiale et le tabagisme—et Paul a également mentionné le rôle de notre direction générale pour ce qui est de l'exécution de ces initiatives nationales dans les réserves—et en contribuant à l'amélioration des capacités et à l'autonomie, à long terme, des organisations bénévoles nationales oeuvrant dans le domaine de la santé. Enfin, la Direction générale finance des activités nationales de recherche et de développement innovatrices.

Je viens de vous décrire comment nous nous acquittons de notre rôle, mais il y a aussi d'autres éléments, tout aussi importants, et c'est la façon dont nous faisons notre travail et les personnes pour qui nous travaillons.

Increasingly, whenever possible, we work in culturally appropriate ways; we are sensitive to differences in language, culture and ways of communicating; we include representatives of the target group in consultations and the development of programs; and attempt to develop programs that provide people with the tools and information to enhance their own health.

Pour ce qui est de nos activités, nous ciblons tous les Canadiens et Canadiennes, y compris la population autochtone, et plus particulièrement les personnes à risque. C'est donc dire que tous les Canadiens et Canadiennes peuvent avoir accès à tous nos programmes et services autres que ceux qui sont conçus pour des groupes bien précis que nous désignons les groupes «cibles».

Nombre de nos programmes visent des groupes cibles. Puisque nous savons que souvent l'état de santé des autochtones laisse à désirer, ce groupe particulier devient souvent l'un de nos groupes cibles. C'est la raison pour laquelle parfois nous prévoyons des programmes bien précis pour les groupes autochtones, et parfois nous leur réservons des volets particuliers d'une stratégie sur la santé.



[Texte]

[Traduction]

• 0920

Let me give you some examples. The representative from the royal commission who appeared before you last week mentioned the problem of diabetes. In 1992 the extramural research programs directorate, through the national health research development program, held a special competition for research on diabetes in the Canadian aboriginal population. A major objective of this initiative was to promote collaboration between aboriginal communities to increase their involvement in population-based research projects.

A process was established to evaluate research proposals under this special initiative, and the process addressed not only the scientific merit of the proposals but, in addition, addressed the community feasibility and support components.

The committee reviewing these proposals was composed of members of the scientific community, which is always the case in peer review exercises, aboriginal physicians, and representatives of aboriginal organizations. To date, NHRDP has provided over \$1 million to projects funded under this initiative.

La violence familiale a été mentionnée par un certain nombre de groupes qui ont comparu devant vous. La violence familiale est un grave problème qui affecte la santé et le mieux-être de nos collectivités. Cette initiative sur la violence familiale a consacré une certaine part du budget de contributions à des projets portant sur la violence chez les Inuits, les Métis et les familles autochtones habitant à l'extérieur des réserves.

Ce financement a été affecté à plus d'une douzaine de projets dont un certain nombre sont des projets de démonstration et des projets de recherche pluriannuels. Ils ont abordé les préoccupations prioritaires cernées par les peuples autochtones au cours d'une vaste consultation menée avant et pendant l'initiative.

An example is the development of culturally appropriate models of healing whereby community-based aboriginal organizations, such as Vancouver's Helping Spirit Lodge Society, the Mid-Island Tribal Council of Caimans, B.C., and Native Child and Family Services of Toronto, have received multi-year funding to develop, refine and evaluate new models of healing victims and perpetrators of abuse.

As well, the family violence prevention division has funded local and national aboriginal non-governmental organizations to develop plans for data collection about the nature and incidence of family violence within distinct aboriginal populations.

Another example: in phase II of Canada's drug strategy the emphasis has shifted to populations at risk, such as women, especially those at risk for using alcohol and other drugs during pregnancy, those misusing prescription and other drugs, and those combining drugs and alcohol, seniors at risk for abusing alcohol and pharmaceutical products, and off-reserve aboriginal persons.

Laissez-moi vous donner quelques exemples. Le représentant de la Commission royale d'enquête qui a comparu devant vous la semaine dernière a mentionné le problème du diabète. Eh bien, en 1992, la Direction des programmes de recherche extra-muros, en vertu du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, a tenu un concours spécial visant une recherche sur le diabète chez la population autochtone du Canada. Un des principaux objectifs de cette initiative était de promouvoir la collaboration entre les collectivités autochtones afin d'accroître la participation de celles-ci à des projets de recherche faisant appel à la population.

Un processus a été établi afin d'évaluer les propositions relatives à cette initiative spéciale. Le processus visait non seulement la valeur scientifique des propositions, mais aussi la composante de la concrétisation et du soutien communautaires.

Le comité chargé d'examiner ces propositions était composé de membres de la communauté scientifique, de médecins autochtones et de représentants d'organisations autochtones. À ce jour, le Programme national de recherche et de développement en matière de santé a consacré plus d'un million de dollars à des projets financés dans le cadre de cette initiative.

Family violence was mentioned by a number of the groups who have appeared before your. Family violence is a serious public health issue. The Family Violence Initiative has allocated some of the contributions budget to projects addressing violence among Inuit, Métis and off-reserve Aboriginal families.

This funding has been expended on more than a dozen projects, many of them multi-year demonstration and research projects. They have addressed priority concerns identified by Aboriginal people in the course of extensive consultations carried out before and during the initiative.

Un exemple de tels projets est l'établissement de modèles de guérison adaptés à la culture et dans le cadre desquels des organisations communautaires autochtones, comme la Helping Spirit Lodge Society de Vancouver, le Mid-Island Tribal Council of Caimans, en Colombie-Britannique, et les Native Child and Family Services de Toronto, ont obtenu un financement pluriannuel afin d'élaborer, de mettre au point et d'évaluer de nouveaux modèles de guérison des victimes et des auteurs d'actes de violence.

De plus, la Division de la prévention de la violence familiale a financé des organisations autochtones non gouvernementales d'envergure locale et nationale afin de leur permettre d'établir des plans de collecte de données sur la nature et l'incidence de la violence familiale au sein de populations autochtones bien précises.

Autre exemple, la phase II de la stratégie canadienne antidrogue est axée sur les populations à risque, comme les femmes, plus particulièrement les femmes qui sont susceptibles de consommer de l'alcool et d'autres drogues au cours de la grossesse, de faire un mauvais usage des médicaments de prescription et autres, et de mélanger médicaments et alcool; les aînés qui risquent de faire un abus de l'alcool et des produits pharmaceutiques, ainsi que les peuples autochtones habitant à l'extérieur des réserves.



## [Text]

In view of concerns raised by previous witnesses before this committee, I want to mention the Mental Health Division, which works closely with the Mental Health Advisory Services Division in the Medical Services Branch, particularly with regard to suicide.

We are collaborating with the Native Women's Association regarding the development of a directory of mental health programs in Canada that address the mental health issues and the needs of off-reserve aboriginal children.

The aboriginal head start initiative will address the issues of child poverty, in addition to a number of other child development issues, by working with aboriginal people in urban and large communities.

A successful head start program will be based on a holistic approach which will be culturally and linguistically appropriate. The program will be designed and implemented by the members of the local aboriginal community, the parents of the children. These are the people who know best what are the needs of their children.

• 0925

I want to mention just one of the activities going on under the tobacco demand reduction strategy. The aboriginal smoking report, which is the first national report on aboriginal smoking, was developed and provides information on Canada's Indian, Métis, and Inuit peoples, including those both on and off reserves. I will leave these copies with the clerk of the committee.

Comme vous pouvez le constater, monsieur le président, la Direction générale des programmes et des services de santé prévoit une vaste gamme de programmes qui traitent d'un large éventail des besoins, en matière de santé, de la population autochtone.

Je m'arrête ici, et je me tiens à la disposition des membres du Comité qui auraient besoin de précisions supplémentaires.

Thank you.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Thank you very much. We have allocated approximately 45 minutes. We have taken about 20 minutes from you, so we have another 25 minutes.

Where the questions are long, Mr. Cochrane, perhaps you could give us a written response. For instance, you mentioned a mouthful—I'm sure somebody is going to jump on it—about the inherent right to self-government and how we can apply ourselves in order to administer through the political mire in order to get to the people we really want to help.

Mrs. Picard.

**Mme Picard (Drummond):** Bonjour, et bienvenue. Je voudrais adresser ma question à M. Cochrane. Vous nous avez dressé un portrait de la structure des services médicaux fournis aux autochtones. Vous avez mentionné les mauvaises conditions de la santé des autochtones et vous avez parlé d'impact, de recommandations, de meilleur contrôle sur les programmes.

## [Translation]

Compte tenu des préoccupations exprimées par les témoins que vous avez entendus auparavant, je me dois de mentionner notre Division de la santé mentale, qui oeuvre en étroite collaboration avec la Division des services consultatifs en matière de santé mentale de la Direction générale des services médicaux, particulièrement en ce qui concerne le suicide.

Cette division assure aussi sa collaboration à l'Association des femmes autochtones relativement à l'établissement d'un répertoire des programmes de santé mentale au Canada qui traitent des questions de santé mentale et des besoins des enfants autochtones habitant à l'extérieur des réserves.

Le programme «Bon départ pour les autochtones» s'attaquera à la question de la pauvreté chez les enfants en oeuvrant avec le peuple autochtone des milieux urbains et des grandes collectivités du Nord.

La réussite d'un programme «Bon départ» reposera sur une approche holistique qui sera respectueuse de la culture et de la langue de la région visée. Le programme sera conçu de concert avec les organisations autochtones locales, les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres intéressés qui ont une influence sur le bien-être des enfants autochtones. Ce sont eux, en effet, qui connaissent le mieux les besoins de leurs enfants.

Pour terminer, j'aimerais mentionner une des activités en cours de la stratégie de réduction du tabagisme. Le rapport sur le tabagisme chez les autochtones, qui est le premier rapport national sur la consommation du tabac chez les autochtones, a été élaboré et renferme des renseignements détaillés sur les peuples Indiens, Métis et Inuit du Canada, y compris les groupes vivant à l'intérieur et à l'extérieur des réserves. Je laisserai des exemplaires de ce rapport au greffier de votre comité.

Mr. Chairman, as you can see, HPSB has a wide variety of programs that address a broad range of health needs in the Aboriginal population.

I will stop here and defer to the committee members if any clarification is required.

Merci.

**Le vice-président (M. Jackson):** Merci beaucoup. Nous avons réservé environ 45 minutes pour chaque groupe de témoins. Votre exposé en a pris 20, il nous en reste donc 25.

Si les questions sont longues, monsieur Cochrane, vous pourrez peut-être y répondre par écrit. Par exemple, vous avez abordé un sujet important—et je suis certain que quelqu'un le reprendra—lorsque vous avez parlé du droit inhérent à l'autonomie gouvernementale et de la façon dont nous devons nous appliquer, par le truchement de la politique, à atteindre la population visée.

Madame Picard.

**Mrs. Picard (Drummond):** Good morning and welcome. I would like to address my question to Mr. Cochrane. You have described to us the structure of medical services provided to Aboriginals. You indicated that their health status is poor and you talked about impact, recommendations and a better control on programs.

## [Texte]

Vous savez que plusieurs études ont été faites sur la santé et les conditions socio-économiques des autochtones. D'après ce que vous avez dit, je pense que vous connaissez les besoins et que vous en connaissez aussi les solutions, puisque vous avez parlé de recommandations. Est-ce que vous croyez que l'étude sur les soins de santé que le Comité s'apprête à faire actuellement ainsi que les visites dans les collectivités seraient superflues, et seraient un gaspillage de temps, d'énergie et d'argent?

**M. Cochrane:** C'est une question très intéressante.

In terms of the role of the committee, I wouldn't want to give you the impression by what I said that all of the practical solutions are known. That wouldn't be correct. In terms of what the committee can contribute in any look at health care today being delivered to any population in Canada, it is myriad deliverers. So it would be useful for the committee to look at the various players that provide health care to first nations people.

Some very useful observations and recommendations could be made on how to integrate the system and at the same time listen to first nations peoples in terms of their aspirations for control of the system, recognizing that putting the control in their hands will bring ownership to the local level and, at the same time, that it is not possible to have a tertiary health care centre or system located on the Fort Albany reserve in northern Ontario or the Montreal Lake reserve in Saskatchewan.

• 0930

So I think there's a useful role to play in looking at the various players and making recommendations about how to integrate the health care delivery system to the best advantage of first nations people.

**Mme Picard:** Nous avons reçu plusieurs groupes d'autochtones et un groupe d'Inuits. Ils nous ont bien dit que de nombreuses études avaient été faites depuis plusieurs années et que plusieurs rapports et recommandations avaient été déposés. Mais un groupe a mentionné le fait qu'il était fatigué de servir de cobaye, car après toutes ces études, les rapports et les recommandations qui ont été faits sont restés lettre morte.

Je me demande donc maintenant s'il est vraiment utile de vouloir retourner faire des études sur les soins de santé, alors qu'il y a plusieurs rapports qui dorment sur les tablettes, comme l'on dit.

**Mr. Cochrane:** I don't think the committee is proposing to take an anthropological approach to its work. I have read the statements from many of the first nations and aboriginal organizations who have appeared before you, and certainly problems such as suicide, alcohol abuse, solvent abuse, socio-economic status, and health status in many areas are well documented. To take a research type of approach I don't think would be necessarily beneficial. But to take an approach that is more contemporary or pragmatic in terms of looking at the conditions, looking at what various levels of government do in working with first nations people, would be a very practical approach.

## [Traduction]

As you know, a number of studies have been carried on the Aboriginals' health and socio-economic situation. I take it from what you said that you are aware of both the needs and the solutions, since you mentioned recommendations. Do you think that the study on health care that the committee is currently undertaking and its visits to communities might be redundant and would be a waste of time, energy and money?

**Mr. Cochrane:** That is a very interesting question.

Pour ce qui est du rôle du comité, je ne voudrais pas laisser entendre, dans mes propos, que nous connaissons toutes les solutions pratiques. Ce ne serait pas exact. Dans tout examen des soins de santé qui sont actuellement offerts à un groupe quelconque au Canada, il y a la question de la diversité des intervenants et le comité pourrait jouer un rôle utile en examinant toute la gamme des dispensateurs de ces soins aux Premières nations.

Le comité pourrait faire des observations et des recommandations fort utiles sur la façon dont le régime pourrait être intégré. En même temps, vous pourriez écouter ce que les Premières nations ont à dire pour ce qui est de leurs aspirations à prendre en main le régime. Il faut cependant reconnaître que même si cela leur conférerait un certain sentiment de propriété au niveau local, il n'est pas possible de mettre en place un régime ou un centre tertiaire de soins de santé dans la réserve de Fort Albany, dans le nord de l'Ontario, ou dans la réserve de Montreal Lake, en Saskatchewan.

Vous pourriez donc jouer un rôle utile en examinant qui sont les divers intervenants et en faisant des recommandations sur la façon d'intégrer le régime de prestation des soins de santé pour le plus grand profit des Premières nations.

**Mrs. Picard:** We have heard many native groups and one Inuit group. They emphasized the fact that many studies have been carried out for a number of years and that many reports and recommendations have been tabled. One of the group said that they were tired of being used as guinea-pigs since the reports and recommendations from these studies have all been shelved.

That's why I am now wondering if it would really be useful to do another study on health care, while a number of reports are gathering dust on the shelves.

**M. Cochrane:** Je ne crois pas que votre comité se propose de faire ce travail dans une optique anthropologique. J'ai lu les déclarations d'un bon nombre des organismes autochtones et des Premières nations qui ont comparu devant vous. Il est vrai que des problèmes comme le suicide, l'alcoolisme, l'inhalation de solvants, les conditions socio-économiques et l'état de santé de ces gens ont fait l'objet de nombreuses études dans bien des régions. Je ne crois pas qu'il serait nécessairement profitable pour vous de faire une étude sous forme de recherche. Il serait beaucoup plus pratique de procéder de façon plus moderne et plus pragmatique, d'étudier les conditions et de voir quels sont les différents paliers de gouvernement qui travaillent auprès des Premières nations.



## [Text]

If I may follow up on the comment from the vice-chair, certainly this government has stated its intention to look at the issue of inherent right. I believe in looking at issues such as inherent rights, self-government, there is where practical solutions can be made, which will assist all first nations in achieving their aspirations.

So on the one hand I would say a very scientific approach is not necessary, but a very practical approach of looking at the various levels of health service delivery, along with first nations' aspirations, would be beneficial.

**Mr. Hill (Macleod):** Because the time is short and this is a huge issue, I want to be really quite specific with my questions. I've listened to you both talk about all the problems with native health, which I think are well known to us. I have listened to you talk about self-government developing self-esteem. I'd like you to comment on whether or not you see the process ultimately, for the natives, becoming self-sufficient. If we talk about self-government, if we talk about self-esteem, do you see our native populations becoming self-sufficient in health?

**Mr. Cochrane:** A pointed but very complex question. Maybe the best way for me to answer it is to talk about some personal experiences and to contrast some situations.

I've been in the business of working with first nations people and health care now for almost 20 years. I've looked at it from the field level, from the regional level, from the headquarters level, from many different levels. I can say to you that in the vast majority of cases where I have seen communities take on responsibility for their own health care system, they have been able to cut through much of the red tape and much of the jurisdictional hassle that I as a public servant fought with, in terms of other jurisdictions. They have been able to come up with very practical solutions to problems.

I can cite communities such as the Peguis reserve in Manitoba, which took on delivery of its own health care service and is now providing a very sustainable healthy system, which responds to the community needs. I think that has to be looked at as paramount.

As members in first nations communities, each and every individual has needs. The elected representatives, the chief and council, are put there to respond to those needs. When you put the accountability in the hands of first nations' institutions and their elected officials, your accountability link is far, far more effective.

I can take you to a community like Tobique in New Brunswick, a first nations community, where you have a very vibrant community which is running its own education program, has just finished a beautiful wellness centre, and where they have integrated cultural ways in delivering services. And, at the risk of finger-pointing, if you will, you can go up the road in New Brunswick not that far away, and I'll quote from Chief Simon, who just took over in that community:

## [Translation]

Permettez-moi de revenir à l'observation faite par le vice-président. Le gouvernement a bien déclaré son intention d'étudier la question des droits inhérents. En étudiant des questions comme les droits inhérents et l'autonomie gouvernementale, on pourra trouver des solutions pratiques qui aideront toutes les Premières nations à réaliser leurs aspirations.

Pour répondre à votre question, je dirai qu'il ne vous est peut-être pas nécessaire d'appliquer une méthode rigoureusement scientifique, mais qu'il vous faudrait plutôt procéder de façon résolument pragmatique en examinant les différents paliers de prestation des services de santé, dans le cadre des aspirations des Premières nations.

**M. Hill (Macleod):** Puisque nous n'avons pas beaucoup de temps et qu'il s'agit d'une question très vaste, je poserai des questions très précises. Je vous ai écouté tous les deux parler des problèmes de santé chez les autochtones, un sujet que nous connaissons déjà bien. Vous avez dit que l'autonomie gouvernementale favorisait une bonne estime de soi. À votre avis, croyez-vous que le processus permettra aux autochtones d'atteindre l'autosuffisance. Croyez-vous que grâce à l'autonomie gouvernementale et à une meilleure estime d'elles-mêmes, les populations autochtones pourront devenir autosuffisantes dans le domaine de la santé?

**M. Cochrane:** C'est une question précise mais très complexe. Pour y répondre, permettez-moi d'évoquer certaines de mes expériences et de faire des comparaisons entre certaines situations.

Je travaille auprès des Premières nations dans le domaine des soins de santé depuis environ 20 ans. J'y ai travaillé à différents niveaux, sur place, dans les bureaux régionaux et à l'administration centrale. Dans la majorité des cas, lorsque les collectivités ont pris en main leur propre régime de soins de santé, elles ont pu éliminer une grande partie de la paperasse et des tracasseries de compétence auxquelles moi, fonctionnaire, j'étais confronté. Elles ont pu trouver des solutions très pratiques.

Je peux vous citer les cas de collectivités comme la réserve de Peguis au Manitoba, qui a décidé d'offrir ses propres services de soins de santé et qui possède maintenant un régime viable qui répond aux besoins de la collectivité. Voilà à mon avis un aspect de la question qui est primordial.

• 0935

Dans les collectivités des Premières nations, chaque personne a des besoins différents. C'est pour répondre à ces besoins que sont élus des représentants, le chef et le conseil. Lorsqu'on confie des responsabilités aux institutions des Premières nations et à leurs représentants élus, ils les assument de façon bien plus efficace.

Prenez le cas d'une collectivité comme Tobique, au Nouveau-Brunswick, une communauté autochtone très vivante qui possède son propre programme d'enseignement, vient d'achever un superbe centre de mieux-être et où la culture est intégrée à la prestation des services. Et, au risque de pointer les gens du doigt, il y a non loin de là au Nouveau-Brunswick une autre situation. Permettez-moi de citer ce qu'a dit le chef Simon, qui vient d'être porté au pouvoir là-bas:



[Texte]

Our community is not ready for self-government at this point in time. We have many other pressing issues that we have to deal with first.

You have communities, and they know where they're at on the continuum. Most of them are certainly well aware of their shortcomings, well aware of the challenges that will be required. From my experience, those communities that have taken on the delivery have become self-sufficient from a health point of view, and have been far more effective in working in the jurisdictional quagmire that health becomes at the municipal or provincial level.

**Mr. Hill:** I'm going to interject now rather than going on. Do you see those individuals who take the accountability and take the health programs on their own, becoming self-sufficient? I hear you saying that they become more accountable. I hear you say that they become better deliverers of the service and they cut through all the layers. Do you see them ultimately not requiring federal government assistance? Do you see them becoming truly self-sufficient? I know that's complex, but in the long term, yes or no?

**Mr. Cochrane:** The only way that would be realistically possible is to be self-sufficient, to have some form of self-government whereby they would be able to raise taxes based on some form of taxation, and would be able to get revenues from natural resources based on a land base so that they could get royalties from that land base. Whether they would be able to be—if they're in the north—in the logging business or the pulp and paper business so they could generate economic vitality... Until such time as a government-to-government arrangement is worked out where they would be truly first nations governments and would have this relationship, either through Parliament to begin with and then on a bilateral basis with their own members, federal funding will be needed.

Federal funding is now a substitute for the lack of ability of first nations to be able to tax their members as we know it in other forms of government, or to be able to generate economic development or revenue from natural resources or land-based organizations. To be truly self-sufficient, those things will have to be in place. If those things were in place, certainly from what I've seen in terms of self-sufficiency in health, based on the same funding that was utilized before by the federal government, over a period of time, because there are over 600 individual first nations, on that continuum I think they could achieve self-sufficiency, but you can't expect that without those other things being in place.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Ms Stanley, you wanted to ask a question.

**Ms Stanley:** I just had a quick example for Dr. Hill in the sense that the aboriginal head start program is an example where we're going into it with the idea of self-sufficiency at the end of it. Once the program is up and operating in a number of urban centres and northern communities across the country, then it is our intention that there be either an institute or a clearing house, or some form of centre of expertise on head start programs, separate from government, so that ultimately

[Traduction]

Notre collectivité n'est pas encore prête à se voir conférer l'autonomie gouvernementale. Nous avons d'autres problèmes pressants à régler d'abord.

Les collectivités savent où elles en sont dans leur évolution. La plupart d'entre elles connaissent bien leurs lacunes, ainsi que les défis qu'elles devront relever. D'après mon expérience, les collectivités qui ont pris en main la prestation de leurs services de santé sont devenues autosuffisantes dans ce domaine et ont pu travailler de façon bien plus efficace dans ce bourbier des champs de compétence que devient la santé au palier municipal ou provincial.

**M. Hill:** Permettez-moi de vous interrompre. Avez-vous constaté que les personnes qui prennent en main la responsabilité et s'occupent elles-mêmes des programmes de santé deviennent autosuffisantes? D'après ce que vous dites, il semble qu'elles deviennent plus responsables. Vous semblez dire qu'elles sont plus efficaces dans la prestation des services et qu'elles arrivent à traverser toutes les épaisseurs de la bureaucratie. Croyez-vous qu'à un moment donné, elles n'auront plus besoin de l'aide du gouvernement fédéral? Croyez-vous qu'elles deviendront vraiment autosuffisantes? Je sais que c'est une question complexe, mais à long terme, deviendront-elles, oui ou non, autosuffisantes?

**M. Cochrane:** La seule façon réaliste d'y arriver, c'est d'être autosuffisant, d'avoir une certaine autonomie gouvernementale qui permette aux collectivités de lever un impôt quelconque et de tirer des revenus des ressources naturelles qui se trouvent sur leurs terres, d'obtenir des redevances sur l'utilisation de leur territoire. Que ce soit possible pour les collectivités du Nord qui oeuvrent dans le domaine de la coupe de bois ou de la pâte et du papier de susciter une vitalité économique... L'argent du fédéral continuera d'être nécessaire tant que ne sera pas signé un accord de gouvernement à gouvernement qui permettra aux Premières nations d'avoir leur propre gouvernement. Cet accord pourrait être mis en place d'abord par le Parlement, puis en fonction de négociations bilatérales avec leurs propres membres.

À l'heure actuelle, les Premières nations ont besoin de l'argent du fédéral parce qu'elles ne sont pas capables de lever auprès de leurs propres membres des impôts comme on en trouve dans les autres paliers de gouvernement, ou de susciter un développement économique ou d'obtenir des revenus par l'exploitation des ressources naturelles ou auprès des organismes qui travaillent sur leur territoire. Pour être vraiment autosuffisant, il faudra que tout cela soit mis en place. Si c'était déjà le cas, d'après mon expérience de l'autosuffisance dans le domaine de la santé, si on utilise les mêmes chiffres que le gouvernement fédéral, j'estime que les quelque 600 Premières nations pourraient atteindre l'autosuffisance avec le temps, mais pour cela, il faudra nécessairement mettre tout le reste en place.

**Le vice-président (M. Jackson):** Madame Stanley, vous voulez poser une question?

**Mme Stanley:** Permettez-moi de proposer rapidement un exemple à M. Hill. Le Programme Bon départ pour les autochtones illustre bien l'orientation que nous avons prise et l'objectif ultime d'autosuffisance. Une fois le programme mis en place et appliqué dans un certain nombre de centres urbains et de collectivités du Nord dans tout le pays, nous avons l'intention de créer un établissement ou un centre d'information, une sorte de centre d'expertise sur les programmes Bon départ, distinct du

## [Text]

the program will function as a catalyst for continued development of head start but not be part of a government operation. So we're going into head start with the idea of ultimate self-sufficiency and motivation for continued work in this area in the aboriginal community.

• 0940

**Mr. Culbert (Carleton—Charlotte):** I would like to thank the people from the department for being here this morning and for giving us the benefit of the information from your department in the work that you've continued to do over the past number of years.

I should also, and I took particular note of it, congratulate Kay Stanley on wearing her Canada Remembers pin. I have to admit that while I have my poppy on, I don't have my Canada Remembers pin on and we're getting handy to Remembrance Day. Congratulations. I have to promote it a little bit.

Perhaps I could tell you where our study is at the present time. The current part of our study considers the need to go forward with this study out into the field, so to speak. I guess what we're attempting to do is gather that information from many sources.

This morning Mr. Cochrane indicated that the health status of native people was extremely low. I guess I wonder why. I know of some, in generalities, but I assume there have been many studies carried out through the department, or others that are available to the department, that have zeroed in on the problem areas and have indicated the reasons for it.

Is the department doing anything to encourage native people, youths, students to enter the health care field on their own behalf? If so, what initiatives are being taken through the department?

I am also concerned, and some of it was answered by Dr. Hill perhaps, about self-government and how that will assist with health care. I think you've fairly well covered that unless there's something you wanted to add.

Finally, several of our presenters, as you're aware, if you've read many of the presentations, have indicated to us that we don't need another study, it's time for action: we need action and funds put to this to alleviate the problems that you already know of as a result of previous studies that have been done. I would like you to comment on—I know you've touched on it—whether in fact it would be prudent or wise. . . Or is it your department's opinion that you have sufficient information that you could provide to us to study and to make any subsequent recommendations as to actions that should or could be taken?

I'll just kind of couple all those questions together.

**Mr. Cochrane:** I hope I can link my answer.

Again, I'll sort of repeat what I said earlier on studies and research. I don't think you need to spend a lot of time doing research-type studies. I think there are volumes written about the low health care status of first nations people. So, as I say, I wouldn't take a scientific approach to it. I think that would be time-consuming and you may find yourself in a big black hole at the end of the time.

## [Translation]

gouvernement, de telle sorte que le programme servira de catalyseur à la mise au point d'autres programmes de ce type sans pour autant faire partie des opérations du gouvernement. Nous offrons le programme Bon départ en espérant susciter l'autosuffisance et une motivation inaltérable dans cette activité au sein de la collectivité autochtone.

**M. Culbert (Carleton—Charlotte):** Je remercie les fonctionnaires d'être présents et de nous informer du travail qu'effectue le Ministère dans ce domaine depuis plusieurs années.

J'en profite—je me suis fait une note à ce sujet—pour féliciter Kay Stanley de porter l'épinglette Le Canada se souvient. Je dois admettre que si je porte moi-même le coquelicot, je n'arbore pas également l'épinglette Le Canada se souvient, et le Jour du souvenir arrive à grands pas. Félicitations. Je me dois d'en faire la promotion.

Je peux vous dire où nous en sommes actuellement dans notre étude. Nous essayons maintenant de voir ce qui se passe sur le terrain, pour ainsi dire. Nous consultons de nombreuses sources à cette fin.

M. Cochrane a indiqué ce matin que l'état de santé des autochtones laissait beaucoup à désirer. Je me demande pourquoi. Je suis au courant d'un certain nombre d'études générales, mais je suis sûr qu'il y en a eues beaucoup de menées par le ministère ou qui sont autrement disponibles au ministère et qui mettent le doigt sur les problèmes et leurs causes.

Le ministère encourage-t-il les autochtones, les jeunes, les étudiants, à faire carrière dans le domaine de la santé et à assurer leurs propres soins? Si oui, quelles mesures prend-il à cet égard?

M. Hill y a fait allusion d'une certaine façon, mais je me demande également de quelle façon l'autonomie gouvernementale contribuera à améliorer la situation dans le domaine de la santé. Je ne sais pas si vous voulez ajouter quelque chose à ce sujet. Vous avez déjà assez bien répondu à la question.

Enfin, plusieurs de nos témoins—vous avez été en mesure de vous en rendre compte si vous avez lu leurs mémoires—se sont prononcés contre l'idée d'une autre étude, ont estimé que le moment était venu d'agir: nous avons besoin de mesures concrètes et de fonds pour nous attaquer aux problèmes, nous ont-ils dit; nous savons quels sont les problèmes grâce à toutes les études qui ont été menées. J'aimerais que vous nous disiez—je sais que vous en avez déjà parlé un peu—s'il serait prudent ou avisé. . . Votre ministère estime-t-il avoir suffisamment d'information à nous donner déjà pour que nous puissions faire des recommandations en vue de mesures concrètes?

J'amalgame toutes ces questions, en quelque sorte.

**M. Cochrane:** J'espère pouvoir amalgamer ma réponse.

Je répète ce que j'ai dit un peu plus tôt au sujet des études et de la recherche. Je ne pense pas que vous deviez y consacrer encore beaucoup de temps. Il y a eu des volumes complets d'écrits sur le mauvais état de santé des peuples des Premières nations. Je ne proposerais donc pas cette approche. Je pense qu'elle serait longue et qu'elle ne mènerait à rien de nouveau.



[Texte]

Certainly there is a lot of material available in our department. There is certainly material available through the national organization, the Assembly of First Nations. There are studies on diabetes, there are studies on rickets, there are studies on tuberculosis, there are studies on mental health conditions. So we can assist you in identifying the source and providing that material if you wish.

I would, however, look at the reasons for the low health care status in terms of applying dollars to the solution. If you look at the main estimates, the medical services budget has grown dramatically over the last four or five years. I guess it's our opinion in the department, and certainly I think it's held by some first nations leadership that I contact regularly across the country, that money is not necessarily the solution. It's to take the available resources. . . And God only knows, there are emerging problems that need to be dealt with.

We provided the committee with a copy of the "Building Healthy Communities" press release, which put new money in our budget to deal with emerging issues on mental health and solvent abuse. But more money is not necessarily the answer. I think allowing first nations to put that money where they identify the priorities to be is far more important than new money per se.

I know that the grand chief of the AFN would probably disagree with me on that statement.

So I think it's looking at innovative ways in which first nations can deliver the programs where the next major step will be made. I say this because you're looking at health status that to a large degree is affected by a socio-economic environment that in many reserves isn't the most affluent or healthy. You're also looking at lifestyle-related factors as a result of that at the beginning, which demonstrates itself in severe alcoholism and solvent abuse among young kids. There are many communities in which that is a rampant problem. It is to import solutions, to use some of the models that we would recognize in the southern part of Canada—whether we're from Newfoundland, as I am, or from Vancouver, as Dr. Fry is—that are not the solutions for first nations people, particularly those living in isolated northern communities.

I feel that, again, it is not to take a scientific approach, but to take a practical one. Listen to first nations people. If you're really going to have an impact, then it will be in terms of dealing with how first nations can have, if necessary, the legislation put in place that makes them in control of their own destiny and takes away from, for example, the federal government. . . My colleagues in Indian Affairs I'm sure would agree with this.

The Indian Act is a very paternalistic piece of legislation, but it is the act under which most first nations have to operate at the community level. If they generate income from a logging operation, from a cottage industry, then oftentimes those moneys have to go into a trust at Indian Affairs because Indian Affairs is "the trustee" according to the Indian Act.

[Traduction]

Certes, la documentation abonde à notre ministère. Il y en a également au niveau de l'organisme national, l'Assemblée des Premières nations. Il y a des études sur le diabète, le rachitisme, la tuberculose, la santé mentale. Nous pouvons vous les fournir et vous en donner les sources.

En ce qui concerne la possibilité d'affecter plus de fonds pour régler le problème, je vous inciterais d'abord à en examiner les causes. Si vous consultez les prévisions budgétaires, vous verrez que les fonds affectés aux services médicaux ont augmenté de façon spectaculaire au cours des quatre ou cinq dernières années. Nous pensons, au ministère, et c'est une opinion qui est partagée par un certain nombre de dirigeants des Premières nations que j'ai eu l'occasion de rencontrer lors de mes déplacements fréquents au pays, que l'argent n'est pas nécessairement la solution. Il s'agit d'utiliser les ressources qui sont là. . . Et Dieu sait si d'autres problèmes surviendront qu'il faudra régler.

● 0945

Nous avons fourni au comité un exemplaire de notre communiqué intitulé *Pour des collectivités en bonne santé*, annonçant l'injection de crédits pour combattre les problèmes de l'heure que sont la santé mentale et l'inhalation de solvants. Cependant, l'argent n'est pas nécessairement la solution. Ce qu'il faut faire avant tout, c'est permettre aux Premières nations d'utiliser l'argent selon les priorités de l'heure qu'elles constateront.

Je ne sais pas si le Grand chef de l'Assemblée des Premières nations serait nécessairement d'accord avec moi à ce sujet.

La prochaine étape importante consiste donc à trouver de nouvelles façons pour les Premières nations de mettre les programmes en oeuvre. En effet, l'état de santé dépend dans une large mesure du milieu socio-économique, et celui-ci laisse à désirer dans beaucoup de réserves. Il en résulte un mode de vie dont certaines manifestations sont l'alcoolisme grave et l'inhalation de solvants chez les jeunes enfants. C'est un problème répandu dans plusieurs localités. Importer des solutions, utiliser des modèles comme ceux que nous avons dans le Sud du Canada—qu'il s'agisse de Terre-Neuve, ma province natale, ou de Vancouver, d'où vient M<sup>me</sup> Fry—ne convient pas aux peuples des Premières nations, surtout ceux qui vivent dans des localités isolées du Nord.

L'approche ne doit pas être scientifique, mais pragmatique. Écoutez les membres des Premières nations. Si vous voulez avoir un impact, voyez comment les Premières nations pourraient éventuellement obtenir la législation dont elles ont besoin pour se prendre en main et se détacher du gouvernement fédéral. . . Je suis sûr que mes collègues du ministère des Affaires indiennes sont d'accord avec moi à ce sujet.

La Loi sur les Indiens est une loi très paternaliste, mais elle est celle avec laquelle les Premières nations doivent travailler à l'échelon local. Si elles tirent des revenus d'opérations forestières, d'industries artisanales, ces revenus doivent souvent être versés à un fonds de fiducie du ministère des Affaires indiennes parce que le ministère est «fiduciaire» des Premières nations en vertu de la Loi sur les Indiens.



## [Text]

If you could focus on modernizing some of those things and making recommendations out of your committee, then that's where you will have the greatest impact on not only aboriginal health but aboriginal well-being in a number of areas.

On training, funding is available through Indian Affairs for all status Indians to access post-secondary education. Those funds are available upon application. If somebody wishes to enter a health care field with that, then they can be subsidized through Indian Affairs funding.

We also have a program called Health Careers. It is not a large amount of money, but \$300,000 is available on an annual basis. It has just been increased from \$100,000. It allows first nations individuals to apply for bursaries or grants to enter health care disciplines: nursing, laboratories, X-ray, physicians, medical schools, etc. So funding sources are available at present.

You might want to follow up with Indian Affairs when they appear before you. I believe there is no overapplication to the post-secondary funding. So, generally speaking, if people want to pursue a health career or profession, that assistance is available.

**A voice:** [Inaudible—Editor].

**Mr. Cochrane:** Yes, in fact it is. Our Health Careers program spends a lot of time and resources on promoting health careers, using, generally speaking, role model programs, using first nations members from the various areas of Canada to say "Here's Sally from Meadow Lake in Saskatchewan. She's gone into nursing. She's returned to her community to work. Shouldn't you, as a young high school student, consider pursuing this type of a career and coming back and helping in your own community?"

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** We're getting very close to the end of the time. I'll allow Mr. Daviault one more question. After that we'll have a 10-minute break, which will bring us to 10:05 a.m.

• 0950

**M. Daviault (Ahuntsic):** Je vais éviter de concentrer mes propos sur des questions d'argent.

On sait tous que l'implication du gouvernement fédéral dans les coûts du système de santé au cours des dernières années est passé de 50 p. 100 à moins de 30 p. 100. Vous avez fait état de problèmes possibles en matière de compétence dans la gestion de la santé des autochtones. Peut-on évaluer financièrement la participation fédérale et provinciale au niveau de ces soins de santé aux autochtones?

Deuxièmement, je voudrais savoir si l'évolution de la contribution financière du gouvernement fédéral est comparable à celle de l'ensemble des citoyens, c'est à dire en diminution très importante ou en progression importante? Quelle est la somme que le ministère de la Santé nationale consacre aux autochtones?

**Mr. Cochrane:** I can only comment in specifics about the amount of money we contribute directly. But I will attempt to answer the first part of your question.

## [Translation]

C'est en présentant des recommandations axées sur la modernisation de certains de ces instruments que vous pourrez avoir le plus grand impact, non pas seulement en ce qui concerne la santé des autochtones, mais leur bien-être de façon générale.

Au chapitre de la formation, le ministère des Affaires indiennes offre des fonds à tous les Indiens de plein droit qui veulent poursuivre des études postsecondaires. Ces fonds sont disponibles sur demande. Quelqu'un qui désire étudier dans le domaine des soins de santé peut obtenir une aide du ministère des Affaires indiennes.

Nous avons également un programme intitulé Programme des carrières de la santé. Il ne représente pas une grosse somme d'argent, mais il permet de distribuer 300 000\$ annuellement. Il vient de passer de 100 000\$ à 300 000\$. Il offre des bourses ou des subventions aux membres des Premières nations qui désirent se lancer dans des disciplines reliées à la santé: les soins infirmiers, le travail en laboratoire, la radiologie, la médecine, etc. Il y a donc un certain nombre de sources de financement disponibles actuellement.

Vous pourrez en reparler avec les fonctionnaires du ministère des Affaires indiennes lorsqu'ils témoigneront. Je ne pense pas que la demande dépasse l'offre pour ce qui est de l'aide aux études postsecondaires. De façon générale, les gens qui veulent poursuivre des carrières ou des professions dans le domaine de la santé peuvent recevoir une aide.

**Une voix:** [Inaudible—Éditeur].

**M. Cochrane:** Oui. Dans le cadre de notre Programme des carrières de la santé, nous consacrons beaucoup de temps et de ressources à la promotion des carrières dans le domaine de la santé, en utilisant, par exemple, les modèles de comportement, en présentant ainsi des membres des Premières nations de diverses régions du Canada: «Voici Sally de Meadow Lake en Saskatchewan. Elle a étudié en sciences infirmières. Elle est retournée dans sa localité pour travailler. Vous, qui êtes étudiants au secondaire, ne pouvez-vous pas envisager de faire comme elle en vue de revenir un jour chez vous et d'aider votre localité?»

**Le vice-président (M. Jackson):** Nous sommes presque arrivés au terme de la période prévue. Je vais permettre à M. Daviault de poser encore une question, après quoi nous ferons une pause de dix minutes, ce qui nous amènera à 10h05.

**Mr. Daviault (Ahuntsic):** I will try to avoid focusing only on money.

We all know that the federal government's share of health care costs has gone from 50% to less than 30% in the last few years. You have alluded to potential jurisdictional problems in the management of health care to the aboriginal people. Do we know what the federal and the provincial governments spend for health care to aboriginal people?

Secondly, is the pattern of the federal government's financial contribution the same for aboriginal people as it is for the rest of the population. Does it show a significant increase or decrease? How much is the Department of National Health spending on aboriginal people?

**M. Cochrane:** Je ne peux vous donner les détails qu'au sujet de l'argent que nous dépensons directement. Je vais quand même essayer de répondre à la première partie de votre question.

## [Texte]

First nations people in this country access their basic health care through the provincially driven hospital and physician services. So the moneys the federal government transfers to the provinces under EPF are accessible in institutional and physician care for first nations people, whether they be in Quebec or in Newfoundland, as by any other resident.

I'm sorry, I'm not an expert in EPF funding, so I'm at a disadvantage in answering you about the level of funding. But certainly as first nations people living in any provincial jurisdiction, they have equal access to service. What my branch is responsible for, as is Kay's branch, in directing moneys to aboriginal people, is over and above what is provided to a resident of any province or territory.

The \$938 million I mentioned previously is to ensure first nations communities, many of them in remote northern locations, have access to nursing services, have access to physician services, where we facilitate bringing physicians in, because it is a costly proposition in many of the larger communities, facilitating access to specialty services, to dental services, etc. So if you take the average Canadian, if you will, and their ability to access the system, the money we provide is over and above that and is intended to address many of the pressing needs first nations people have with their health status, and it is provided in addition to any funding first nations people access through service delivery at the provincial level.

Our budget in the Medical Services Branch has grown approximately 10% to 12% over the past five to seven years.

As I said, I would have to follow up with information for you about EPF funding. But first nations people are considered to be equal to any other Canadians in accessing that level of service.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** An excellent presentation. Thank you very much, Mr. Cochrane and staff. I'd just like to remind you that any information you provide should be for each member of the group. We're not going to keep anybody in the dark. So if any questions are asked and you have any information, we should all have it, so we don't get blind-sided.

**Mr. Cochrane:** Yes, I would like to table for you later today some more detail on the financial information. It will supplement the information I provided this morning.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Thank you very much.  
We'll suspend for five minutes.

## [Traduction]

Les membres des Premières nations de ce pays ont accès aux soins de santé par l'intermédiaire des hôpitaux et des services de médecins relevant des provinces. L'argent que le gouvernement fédéral transfère aux provinces en vertu du FPE va à des établissements et à des services de médecins qui sont accessibles aux membres des Premières nations comme au reste de la population, qu'ils soient du Québec ou de Terre-Neuve.

Comme je ne suis pas un expert en ce qui concerne le FPE, je ne suis pas très bien placé pour vous répondre en ce qui concerne le niveau de financement. Tout ce que je sais, c'est que les membres des Premières nations qui vivent dans des provinces ont un accès égal aux services. Ce que fait ma direction et celle de Kay, c'est d'accorder des crédits aux autochtones, en sus de ce qui est accordé normalement à tous les résidents des provinces et des territoires.

Les 938 millions de dollars que j'ai mentionnés précédemment visent à assurer aux localités des Premières nations, dont un grand nombre se trouvent dans des régions isolées du Nord, un accès aux services d'infirmiers et d'infirmières et de médecins; nous facilitons les déplacements des médecins, car c'est une dépense considérable dans le cas de nombreuses localités assez importantes que de faire venir des spécialistes, des dentistes, etc. Tous les Canadiens ont un certain accès au système. L'argent que nous fournissons est en sus et est destiné à assurer beaucoup des besoins pressants des membres des Premières nations en matière de santé. Les membres des Premières nations reçoivent une aide supplémentaire, une aide qui s'ajoute aux services qu'ils reçoivent déjà des provinces.

Notre budget, à la Direction générale des services médicaux, a augmenté d'environ 10 ou 12 p. 100 au cours des cinq ou sept dernières années.

Comme je l'ai dit, il faudrait que je vérifie pour ce qui est des fonds accordés en vertu du FPE. Pour le reste, les membres des Premières nations ont accès aux services au même titre que tous les autres Canadiens.

**Le vice-président (M. Jackson):** Vous nous avez fait un excellent exposé. Merci beaucoup, monsieur Cochrane, et mesdames et messieurs. Je vous rappelle que si vous fournissez un supplément d'information à quelqu'un plus tard, vous devez le faire pour tous les membres du comité. Nous ne voulons pas écarter qui que ce soit. Si vous avez encore de l'information à nous fournir, faites-nous-la parvenir à tous. Nous ne voulons pas être pris par surprise.

**M. Cochrane:** Je vous donnerai des chiffres plus détaillés plus tard aujourd'hui. Je compléterai ce que je vous ai dit.

**Le vice-président (M. Jackson):** Merci beaucoup.  
La séance est suspendue pour cinq minutes.

• 0954

• 1000

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** I'd like everybody to get into position, please, so we can start the proceedings.

**Le vice-président (M. Jackson):** J'inviterais tout le monde à s'approcher, s'il vous plaît, de façon à ce que nous puissions commencer.



[Text]

[Translation]

• 1005

I'd like to call the meeting to order and welcome Kerry Kipping, and ask Kerry to introduce Stuart, who is with him. The procedure is you have four to five minutes, during which you will perhaps give us some information and then we have a round of ten minutes of questioning by members of the opposition and the government side, followed by a round of five minutes, if we have that much time.

You may proceed.

**Mr. Kerry Kipping (Director, First Nations Relations Directorate, Department of Indian Affairs and Northern Development):** Thank you, Mr. Chairman. My name is Kerry Kipping. I'm the director of first nations relations with the Department of Indian Affairs responsible for the negotiation and implementation of self-government agreements with Indian and Inuit communities nationally. With me is Stuart Swanson from our departmental finance branch.

**Mr. Stuart Swanson (Director, Transfer Payments Directorate, Department of Indian Affairs and Northern Development):** I'm the director of transfer payments with finance branch.

**Mr. Kipping:** I thought what I would do this morning, very briefly, to allow a reasonable amount of time for questions, is to give a very brief history on where the Department of Indian Affairs, and by extension the Government of Canada, is coming from with respect to the negotiation of self-government agreements, at the end of which time I'd be prepared to answer whatever questions any of the members have regarding self-government or the direction we have taken over the last few years.

By way of history, if I may, the Department of Indian Affairs established in 1986 a process to negotiate community-based self-government as a result of the Penner report and the recommendations coming out of the Penner report. In April of 1986 the government announced a two-track process for the development of self-government, the first one being constitutional amendments and the second one being, within the constitutional framework, those kinds of self-government agreements that would be through a delegated level of authority, designed for the specific community within the constitutional framework of Canada, without affecting the current division of powers.

In June of 1988 that policy was reconfirmed with the caveat that we would be given the authority to negotiate with up to 15 Indian communities nationally—those could be individual communities or groups of communities—and at that point in time we commenced what we call substantive negotiations.

By way of background, since 1986 we have discussed self-government arrangements and have worked with over 400 first nation communities nationally in the development of self-government arrangements. As I say, in 1988 cabinet approved the final negotiations with only 15 groups or sets of communities.

Je souhaite la bienvenue à Kerry Kipping. Je lui demanderais de bien vouloir nous présenter son collègue Stuart. Vous avez quatre ou cinq minutes pour nous présenter un exposé, après quoi les députés de l'opposition et du gouvernement auront des tours de dix minutes pour vous interroger. Des tours de cinq minutes suivront s'il reste du temps.

Vous avez la parole.

**M. Kerry Kipping (directeur, Direction des relations avec les Premières nations, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien):** Merci, monsieur le président. Je m'appelle Kerry Kipping. Je suis directeur des relations avec les Premières nations au ministère des Affaires indiennes et je suis chargé de la négociation et de la mise en oeuvre des ententes sur l'autonomie gouvernementale avec les communautés indiennes et inuit du pays. Je suis accompagné de Stuart Swanson de la Direction générale des finances du ministère.

**M. Stuart Swanson (directeur, Direction des paiements de transfert, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien):** Je suis directeur des paiements de transfert à la Direction générale des finances.

**M. Kipping:** Pour laisser un temps raisonnable aux questions, j'ai pensé faire seulement une brève historique de la position du ministère des Affaires indiennes, et donc du gouvernement du Canada, relativement à la négociation des ententes sur l'autonomie gouvernementale. Après cette brève introduction, je serai heureux de répondre aux questions des députés sur l'autonomie gouvernementale et la position que nous avons adoptée au cours des dernières années.

En 1986, à la suite du Rapport Penner et des recommandations qu'il contenait, le ministère des Affaires indiennes a établi un processus de négociation de l'autonomie gouvernementale à l'échelon local. En avril 1986, le gouvernement a annoncé un processus en deux temps pour faire avancer le principe de l'autonomie gouvernementale, le premier consistant en une série d'amendements constitutionnels, le deuxième, dans le cadre de la Constitution actuelle, en une série d'ententes sur l'autonomie gouvernementale au moyen d'une délégation de pouvoirs à des communautés spécifiques, sans que la répartition actuelle des pouvoirs soit touchée.

En juin 1988, cette politique a été reconfirmée avec la réserve que nous ne pouvions négocier qu'avec un maximum de 15 communautés indiennes au pays—il pouvait s'agir de communautés individuelles ou de regroupements de communautés—et c'est à cette étape que nous avons abordé les négociations dites de fond.

Depuis 1986, nous avons discuté d'ententes sur l'autonomie gouvernementale et travaillé avec plus de 400 communautés des Premières nations au pays. En 1988, comme je l'ai indiqué, le Cabinet approuvait des négociations finales avec seulement 15 communautés ou regroupements de communautés.



## [Texte]

The process itself that we are currently working under is called the community-based self-government process. The intention of that process is to negotiate practical arrangements that would provide for more community control of their day-to-day lives. The intent would be to remove them from under the Indian Act, and I heard the gentleman who just left here talk about the Indian Act and the way that document affects Indian communities.

The intent of the community-based self-government process would be to remove those communities out from under the Indian Act and establish them as government-supported by a stand-alone piece of legislation, similar to the Sechelt Band, or most recently the four first nations in the Yukon who concluded self-government agreements.

• 1010

As I say, since 1986 we have held discussions with over 400 first nations for various reasons. Many of those withdrew from the process mainly because, in terms of their own communities, it was not felt that it was the appropriate process at the time, many because during that period of time we had the first ministers conferences, which were trying to deal with constitutional amendments and the groups got caught up in those discussions.

We had the Meech Lake accord, which also slowed the process down, and various groups dropped off looking for another avenue to conclude those self-government agreements. Then there was the Charlottetown accord, which again drew down a number of other groups who wished to try to take the constitutional approach to negotiating self-government, or to having entrenched in the Constitution the right to self-government.

As I say, the process itself is conducted at the community level. We have found that this process is very lengthy. It's a very slow process. It's a very intense education process for the communities themselves.

Even though the chiefs and councils may be prepared to move ahead quite rapidly, what we have found and what we, as a government, have insisted upon is the fact that they bring their community along with them at the same pace so as not to distance themselves from their constituents.

As I say, it's within the constitutional framework. Therefore, we have tried to bring provincial governments to the table. In most instances we haven't been overly successful. Provinces have opted to wait to take a look at what we, as a federal government, have negotiated, and the kind of framework that we have developed, then to be able to pick up and see where they fit in the overall process.

One of our basic principles, and I think it's one that government faces very clearly right now, is that all of these arrangements will be negotiated and will be funded from within existing fiscal arrangements or fiscal resources.

In the transfer of programs and services to Indian communities or to first nations through this process, it is not intended that we would enhance or enrich the existing program authorities. However, we would be prepared to look at one-time, or very limited one-time costs for start-up and the development or the putting in place of a government structure, and some limited ongoing costs to support those new and incremental authorities that they drew down as a result of the self-government agreement.

## [Traduction]

Le processus en cours actuellement est le processus d'autonomie gouvernementale communautaire, comme nous l'appelons. Le but est d'en arriver à négocier des dispositions pratiques qui permettent aux communautés d'exercer un plus grand contrôle sur leurs activités quotidiennes et à les soustraire à la Loi sur les Indiens; le témoin précédent a mentionné la Loi sur les Indiens et son impact sur les communautés indiennes.

Le processus d'autonomie gouvernementale communautaire vise à soustraire ces communautés à la Loi sur les Indiens et à les mettre sur la voie de l'autonomie gouvernementale au moyen d'une loi à part, comme celle qui a été adoptée pour la bande Sechelt ou, plus récemment, pour les quatre Premières nations du Yukon qui ont signé des ententes.

Comme je l'ai dit, depuis 1986, nous avons discuté à diverses fins avec plus de 400 Premières nations. Un grand nombre d'entre elles se sont retirées du processus, soit parce qu'elles ne le jugeaient pas adapté, soit parce qu'au cours de cette période les premiers ministres discutaient de la possibilité d'amendements constitutionnels et qu'elles étaient impliquées dans ces discussions.

L'Accord du lac Meach a également fait ralentir le processus. Divers groupes ont dû y renoncer et chercher une autre façon d'en arriver à des ententes d'autonomie gouvernementale. L'Accord de Charlottetown en a attiré un certain nombre qui désiraient adopter l'approche constitutionnelle ou voir le droit à l'autonomie gouvernementale entériné dans la Constitution.

Pour l'instant, le processus se déroule à l'échelon communautaire. Il est long et ardu. Il suppose un effort d'éducation très poussé au sein des communautés elles-mêmes.

Même si les chefs et les conseils sont disposés à procéder très rapidement, nous insistons, en tant que gouvernement, pour qu'ils aient l'appui de leurs communautés, de façon à ne pas les aliéner.

Ce processus se déroule dans le cadre de la Constitution actuelle. Nous avons donc essayé de convoquer les gouvernements provinciaux à la table des négociations. Dans la plupart des cas, nous n'avons pas eu tellement de succès. Les provinces ont choisi d'attendre et de voir le résultat des négociations afin de déterminer si elles y ont une place quelconque.

Un de nos principes de base, qui est nettement d'actualité pour le gouvernement, est que toutes les ententes que nous négocions et finançons doivent l'être dans les limites des mesures et des ressources budgétaires existantes.

Dans le cadre du transfert des programmes et des services aux communautés indiennes ou aux Premières nations, les dépenses actuelles des programmes ne doivent pas être augmentées. Cependant, nous sommes prêts à envisager une aide unique et très limitée au titre des coûts de démarrage, d'instauration et de mise en place de structures gouvernementales ou pour compenser les obligations accrues contractées par les communautés par suite des ententes d'autonomie gouvernementale.

## [Text]

One of our other very basic principles in the process was that the Charter of Rights and Freedoms would continue to apply. This, again, has drawn some lengthy discussion on a range of fronts, and the fact that federal laws of general application would apply and the provincial laws of general application would apply, except to the extent that they are inconsistent with those laws that were enacted by a first nation government where they had authority to do so.

The big piece in the overall process was also the accountability of chiefs and councils to their constituents. Currently, as many of you are probably aware, the first nation governments, the chiefs and councils elected under the Indian Act are accountable to Canada for the expenditure of those funds that they receive through transfer payments or through contributions, with little accountability back to their own citizens. That process is evolving, and there is more of an accountability back to their constituents, but one of our basic principles is that those accountability mechanisms have to be addressed.

Very briefly on where we are now in the overall process, we have been negotiating self-government agreements or discussing self-government since 1986, and as of September 30 this year our minister has indicated that he wishes to terminate the current process we're working under, the community-based self-government process, as a result of the government undergoing or undertaking a series of discussions with aboriginal governments, provincial governments and territorial governments to look at the aspect of the inherent right to self-government, which would be protected through section 35 of the Constitution Act.

Those discussions have been going on since January 1994. They continue at this time. I'm not sure when we would be bringing forward a new policy in this matter, but that process in itself has moved us away from the community-based aspect. It has focused the discussions on what the inherent right may mean, how that will result in self-government agreements being non-delegated but more picked up through their inherent right, and the creation of Indian governments, or first nations governments, as—and I don't want to use the word "third" order—as a recognized order of government, whether they're in a government-to-government relationship between Canada and the province or the first nation.

With that very brief bit of history, what I might do is the groups we have been negotiating with, for the interest of the committee... We have groups we are negotiating with, or we have been negotiating with, right across the country. We have three in B.C.: the Gitksan-Wet'suwet'en-Gitniow; Westbank; and Kwiakah or Cape Mudge on Vancouver Island. In Alberta we have Siksika and Sawridge. In Saskatchewan we have the Meadow Lake Tribal Council. In Manitoba we have the Sioux

## [Translation]

Un autre de nos préceptes de base dans le cadre du processus est que la Charte des droits et libertés doit continuer de s'appliquer. Il y a eu de longues discussions à ce sujet, de même qu'au sujet du maintien des lois fédérales d'application générale et des lois provinciales de même nature, sauf dans la mesure où ces dernières contredisent les lois adoptées par les Premières nations dans les domaines où elles sont habilitées à légiférer.

Un des principaux problèmes qui se posait avait trait à l'obligation des chefs et des conseils de rendre des compte à leurs commettants. Comme beaucoup d'entre vous le savent sans doute, actuellement, les gouvernements des Premières nations, les chefs et les conseils élus en vertu de la Loi sur les Indiens rendent des comptes au Canada pour ce qui est de la façon dont ils utilisent les paiements de transfert ou les contributions qui leur sont versées. Leur obligation vis-à-vis de leurs commettants est très limitée. Cette situation est en train de changer. Ils sont de plus en plus responsables vis-à-vis de leurs commettants. En ce qui me concerne, cette question des mécanismes destinés à assurer la responsabilité administrative doit absolument être réglée.

Où en sommes-nous maintenant? Nous négocions des ententes sur l'autonomie gouvernementale ou discutons d'autonomie gouvernementale depuis 1986. Le 30 septembre de cette année, le processus actuel, c'est-à-dire le processus d'autonomie gouvernementale communautaire, devait prendre fin, selon les vœux de notre ministre. Le gouvernement a l'intention d'entamer une série de discussions avec les gouvernements autochtones, les gouvernements provinciaux et les gouvernements territoriaux sur la question du droit inhérent à l'autonomie gouvernementale, lequel serait protégé par l'article 35 de la Loi constitutionnelle.

Ces discussions, amorcées en janvier 1994, se poursuivent toujours. Je ne sais pas exactement quand nous pourrions proposer une nouvelle politique en la matière, mais le processus en tant que tel nous a amenés à nous éloigner de l'aspect communautaire. Il nous a amenés à concentrer les discussions sur ce que pourrait signifier le droit inhérent, sur ce qu'il en résultera sur le plan des ententes d'autonomie gouvernementale du fait que les pouvoirs, au lieu d'être délégués, découleront de ce droit inhérent, et sur la création de gouvernements autochtones ou de gouvernements des Premières nations qui constitueraient—je veut pas parler d'un troisième palier—un palier de gouvernement reconnu, qu'il s'agisse pour les Premières nations de traiter de gouvernement à gouvernement avec le Canada ou avec la province.

Maintenant que je vous ai fait ce bref historique, les membres du comité voudraient peut-être que je leur parle des groupes avec lesquels nous négocions... Il y a de ces groupes dans toutes les régions du pays. Il y en a trois en Colombie-Britannique: les Gitksan-Wet'suwet'en-Gitniow, les Westbank et les Kwiakah ou Cape Mudge de l'Île de Vancouver. En Alberta, il y a les Siksika et les Sawridge; en Saskatchewan, le Conseil tribal de Meadow Lake; et au Manitoba, la Première



[Texte]

[Traduction]

Valley First Nation, just outside of Brandon. In Ontario, our busiest region, we have the United Indian Councils; we have the Whitefish Bay group in Thunder Bay; we have Grassy Narrows, Kasabonika, and the North Shore Tribal Council. In Quebec we have the Kahnawake Mohawk and the Huron-Wyandot. In the Atlantic, we are negotiating with the Kingsclear Band.

In addition to those, we also have—and they're not counted as part of the cabinet authority of that number of 15... We are also negotiating self-government agreements concurrent with land claims across the north. We're concluding self-government agreements with the remaining 10 of the 14 first nations in the Yukon. We are currently entering into a process of negotiation with the Dogrib in the Northwest Territories, with the Gwitch'in in the Northwest Territories, along with the Inuvialuit, who are looking at developing a self-governing process. We also have the Conseil Attikamek-Montagnais in Quebec, as well as the Labrador Inuit Association and the Innu in Labrador.

**Mr. Swanson:** I can offer some remarks on funding arrangements the department is using. Whereas Kerry spoke on the question of self-government—that is, moving outside the Indian Act through separate legislation or inherent right—I'm involved more with the question of how to manage within the Indian Act in order to advance towards those things.

As a point of clarification, when we're talking about funding arrangements, we're talking about the vehicles by which we move funds to first nations, as opposed to the amount of funding; that is, the rules and regimes set up in order to deliver the programs that are provided for.

There are two basic themes in the area. One is the increased use of funding arrangements for the purpose of program delivery. The second is the increased use of more flexible instruments with first nations.

About the increased use of funding arrangements, the process of transferring program delivery or control of program delivery to first nations starts back in 1956, with the first educational authorities being set up with first nations. It proceeds from that point and accelerates in the 1970s and into the 1980s.

The whole process proceeded on a first nation by first nation basis and on a program by program basis; that is, negotiating the transfer of education, the transfer of social assistance programming, municipal infrastructure, etc. This was a long process. It's a growing process with the communities as they learn to administer and manage these programs.

nation de Sioux Valley, qui se trouve aux limites de la ville de Brandon. En Ontario, où nous avons le plus de négociations en cours, il y a les Conseils indiens unis; le groupe de Whitefish Bay à Thunder Bay; ainsi que les groupes Grassy Narrows, Kasabonika et North Shore. Au Québec, nous négocions avec les Hurons-Wyandot et les Mohawk de Kahnawake. Dans la région de l'Atlantique, nous négocions avec la bande de Kingsclear.

Outre ces groupes-là, nous avons aussi—et ils ne sont pas comptés dans les 15 groupes visés par l'autorisation du Cabinet... Nous négocions également des ententes d'autonomie gouvernementale assorties de règlements de revendications territoriales avec différents groupes du Grand Nord. Nous négocions des ententes d'autonomie gouvernementale avec les 10 groupes qui restent parmi les 14 Premières nations du Yukon. Nous sommes aussi sur le point d'engager des négociations avec les Dogrib et les Gwitch'in des Terriroires-du-Nord-Ouest ainsi qu'avec les Inuvialuit, qui cherchent à élaborer un processus d'autonomie gouvernementale. Nous sommes également en pourparler avec le Conseil Attikamek-Montagnais du Québec et avec l'Association des Inuits du Labrador et les Innus du Labrador.

**M. Swanson:** Je peux vous dire quelques mots au sujet des ententes de financement du ministère. Kerry vous a parlé de la question de l'autonomie gouvernementale—c'est-à-dire de cette évolution qui remplacerait la Loi sur les Indiens par une loi distincte ou par le droit inhérent—, mais moi je m'occupe plutôt de la façon de gérer nos relations avec les autochtones aux termes de la Loi sur les Indiens afin que les efforts en ce sens puissent être menés à terme.

Pour plus de précision, quand nous parlons des ententes de financement, il ne s'agit pas tellement des montants accordés comme des mécanismes par lesquels ces montants sont accordés aux Premières nations; autrement dit, il s'agit des règles et des régimes établis pour assurer la prestation des programmes qui doivent être exécutés.

À ce sujet, deux thèmes fondamentaux méritent d'être examinés: le recours accru aux ententes de financement pour la prestation de programmes et le recours accru à des instruments plus souples dans nos relations avec les Premières nations.

En ce qui concerne le recours accru aux ententes de financement, l'évolution vers la prise en charge par les Premières nations de la prestation de programmes remonte à 1956, lorsque ont été établis les premiers établissements d'enseignement relevant des Premières nations. Le mouvement ainsi amorcé en 1956 s'est poursuivi et a pris toujours plus d'ampleur dans les années soixante-dix et quatre-vingt.

Tout au long du processus, le transfert s'est fait sur une base individuelle, c'est-à-dire par Première nation et par programme, notamment pour ce qui est du transfert des programmes d'éducation, des programmes d'assistance sociale et des infrastructures municipales. Le processus se poursuit donc depuis très longtemps. Il s'agit d'un processus qui prend de plus en plus d'ampleur au fur et à mesure que les collectivités apprennent à administrer et à gérer ses programmes.



## [Text]

Today 80% of Department of Indian Affairs funds are managed by first nations through some form of funding arrangement. Some 10% of department funds go to some type of provincial or other type of recipient. The department has the residual 10%, which we continue to look at transferring towards first nation control.

The second major theme is moving towards more flexible funding arrangements. When we embarked on the transfer of programs to first nations, we used highly prescriptive funding arrangements. That is, when they first assumed control of education, we used a funding arrangement saying here is what you'll do, here is how you'll do it, and here is what you'll be reimbursed for in your expenditures. That was a useful type of regime when first nations were taking on a program they had never delivered before. It involved a high level of support by the department.

We followed through with that until 1983. Then we had the Penner report. It made comments on the funding arrangements we were using at that time. It said these funding arrangements were highly restrictive—indeed they were, they were very prescriptive—and suggested we move to different types of funding arrangements that would provide first nations with more control over their own program delivery. Coming out of the Penner report, we have authorities given to the Department of Indian Affairs to develop new types of funding arrangements that would enhance local control.

There are two basic instruments we brought into place. One is called the "flexible transfer payment", which we use to replace, in large measure, the contribution arrangements that were being used before 1983. Flexible transfer payments are very much like fixed-price contracts. They say if you deliver this basic product for this amount of funds, then you'll meet the obligations under this funding arrangement. The programs delivered come under first nation control. That's being used in a very broad way for most of the program areas we're responsible for.

A second type of funding arrangement that has been developed—and this is unique to the aboriginal program—is called the "alternative funding arrangement". The idea here is it transfers the money for each and all the program areas to the first nations and says here, you have a basket of programs we're providing you funding for, and you now have authority to re-design these programs or reallocate funds between these program areas in order to achieve community objectives better.

Attached to those programs are certain minimum program requirements where we're dealing with essential services. For example, in the area of education the first nation council must provide for access to education. They must be able to provide

## [Translation]

À l'heure actuelle, 80 p. 100 des fonds accordés par le ministère des Affaires indiennes sont gérés par les Premières nations, en vertu d'une entente de financement quelconque. Environ 10 p. 100 des fonds accordés par le ministère sont versés à d'autres parties, notamment aux provinces. Le ministère cherche à transférer aux Premières nations le pouvoir de décision sur les 10 p. 100 qui restent.

L'autre grand thème, c'est le recours accru à des ententes de financement plus souples. Quand nous avons commencé à transférer la prestation de programmes aux Premières nations, les ententes de financement étaient fortement normatives. Ainsi, quand les pouvoirs en matière d'éducation ont été transférés aux Premières nations pour la première fois, les ententes de financement précisaient ce que ces dernières devaient faire, comment elles devaient le faire et les modalités qu'elles devaient suivre pour se faire rembourser leurs dépenses. À une époque où les Premières nations assumaient pour la première fois la prestation des programmes, il s'agissait-là d'une formule utile. C'est une formule qui prévoyait un secours important de la part des fonctionnaires du ministère.

Nous avons continué à appliquer cette formule jusqu'en 1983, c'est-à-dire jusqu'à la publication du rapport Penner. Dans ce rapport, on soulignait le caractère très restrictif de nos ententes de financement—ces ententes étaient effectivement très restrictives et très normatives—et on recommandait qu'elles soient remplacées par des ententes de financement qui accroîtraient la part d'autonomie des Premières nations quant à la prestation des programmes destinés aux autochtones. Comme suite au rapport Penner, le ministère des Affaires indiennes a été autorisé à mettre sur pied de nouvelles ententes de financement destinées à accroître l'autonomie locale.

Cette nouvelle orientation nous a essentiellement conduits à adopter de nouveaux instruments. Le premier est le «paiement de transfert souple» qui est venu remplacer, dans une large mesure, les accords de contribution que nous utilisions avant 1983. Le paiement de transfert souple peut être assimilé à un contrat à prix fixe. Ce nouveau type de financement prévoit comme condition unique d'assurer la prestation d'un programme en particulier en contrepartie des fonds versés. La prestation des programmes est ainsi prise en charge par les Premières nations. La plupart des programmes qui relèvent du ministère sont maintenant soumis à ce type de financement.

L'autre type de financement qui a été mis au point—et c'est un type de financement qui ne s'applique qu'au programme autochtone—s'appelle le «mode optionnel de financement». Dans ce type de financement, les fonds prévus pour l'ensemble des programmes destinés aux autochtones sont simplement versés aux Premières nations, lesquelles n'ont qu'à assurer la prestation de ces programmes comme bon leur semble, de sorte qu'elles peuvent procéder à un réaménagement des programmes ou à une nouvelle répartition des fonds entre les programmes pour mieux répondre à leurs objectifs.

S'agissant de services essentiels, la prestation des programmes doit toutefois respecter certaines exigences minimales. Ainsi, dans le domaine de l'éducation, la Première nation doit assurer l'accès à l'éducation. Et le système

[Texte]

for mobility from a first nations school system into a provincial school system, etc. But they gain very great control over say curriculum—what it is that actually happens in the school and how those children are taught in order to make the delivery of programs sensitive to local needs.

At this time we have about 30% of the first nations in the country operating under that type of regime. So we've moved progressively from very restrictive funding arrangements to ones less and less so, with the notion that as first nations get more comfort in controlling their budgets and managing their programs they will be prepared to move out from under the Indian Act and into self-government regimes, as Kerry has described.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Mr. Bachand.

**M. Bachand (Saint-Jean):** Merci, monsieur le président, de me permettre de poser quelques questions.

Je voudrais d'abord féliciter M. Kipping parce que lui et moi avons affronté un *filibuster* du Parti réformiste en comité des Affaires autochtones et du Développement du Grand-Nord. Il a tenu jusqu'à 6 heures du matin, alors que moi, j'ai succombé à 2 heures.

• 1025

Monsieur Kipping, je voudrais vous dire que j'aime beaucoup votre approche de l'autonomie gouvernementale. Je pense aussi qu'il est important de reconnaître, dans cette recherche de l'autonomie gouvernementale des Premières nations, qu'il n'y a aucun modèle qui peut s'appliquer à l'ensemble des Premières nations au Québec. En effet, l'autonomie gouvernementale qui va être négociée avec un groupe de Premières nations au Québec, par exemple, ne pourra pas être appliquée intégralement ailleurs au Canada. Donc, il faut prendre en compte l'état d'avancement de chacune des communautés ou des groupes de communautés pour établir avec elles l'autonomie gouvernementale.

J'aimerais que vous nous donniez, assez brièvement, le taux de réussite, car je pense que c'est la solution pour l'avenir. La Loi sur les Indiens étant paternaliste, il faut s'en éloigner. Il faut permettre aux autochtones de se prendre en main et de se sortir du degré de dépendance qu'ils ont actuellement. C'est en leur donnant certains pouvoirs qu'on peut y parvenir, et c'est le cas en particulier dans le domaine de la santé.

Vous pourriez peut-être nous parler des Sechelt et des Cris, en nous disant comment ils se sont libérés de la Loi sur les Indiens et ce qu'ils sont devenus grâce à la Convention de la Baie James. Cette Convention a, en effet, permis à certains autochtones d'acquiescer l'autonomie gouvernementale qui leur a permis de progresser beaucoup plus que s'ils étaient restés sous le coup de la loi.

Je vous demanderais aussi de nous parler brièvement du *Sahtu Tribal Council* et de l'accord qui a été conclu avant les Fêtes. Vous pourriez nous dire où ils en sont.

Ma deuxième question porte sur le Conseil Attikamek-Montagnais. Je ne vous demanderai pas de commenter les paroles du ministre qui a dit, ce matin, que l'approche du gouvernement du Québec est simpliste en ce qui concerne les

[Traduction]

d'enseignement mis en place doit permettre le passage au système d'enseignement provincial. Par contre, la Première nation acquiert une autonomie très grande pour ce qui est du programme d'études, de ce qui est enseigné à l'école et des méthodes pédagogiques qui sont utilisées afin d'assurer la prestation de programmes qui tiennent compte des besoins de la collectivité.

À l'heure actuelle, environ 30 p. 100 des Premières nations au Canada sont soumises à ce régime. Ainsi, les modes de financement très restrictifs ont graduellement été remplacés par des modes de financement qui sont de moins en moins restrictifs, et ce, à partir du principe qu'au fur et à mesure que les Premières nations prennent l'habitude de gérer leurs budgets et leurs programmes, elles pourront se soustraire à la Loi sur les Indiens pour s'engager dans la voie de l'autonomie gouvernementale, comme Kerry vous l'a expliqué.

**Le vice-président (M. Jackson):** Monsieur Bachand.

**Mr. Bachand (Saint-Jean):** Thank you, Mr. Chairman, for allowing me to ask a few questions.

I would first of all like to congratulate Mr. Kipping, because he and I had to put up with a filibuster on the part of the Reform Party at the Standing Committee on Aboriginal Affairs and Northern Development. He managed to stay on until 6 a.m., whereas I gave up at 2 a.m.

Mr. Kipping, I would just like to tell you that I am very much in favour of your approach to self-government. I also think it is important to recognize that, as First Nations strive towards self-government, no one model can meet the needs of all the First Nations in Quebec. In fact, a self-government regime negotiated with a particular set of First Nations in Quebec, for instance, might not be entirely applicable to other First Nations in Canada. So, negotiating self-government will involve taking into account the degree to which each community or group of communities has evolved.

I wonder if you could briefly tell us about the success rate, because therein lies the key to future success. The Indian Act is too paternalistic and must be done away with. First Nations must be allowed to take control of their future so that they can get out of this pattern of dependency that they have fallen into. This can be achieved by giving them control over the delivery of programs, including health care programs.

You might perhaps tell us about the Sechelts and the Crees, by explaining how they were able to liberate themselves from the Indian Act, and tell us what they have achieved through the James Bay Agreement. The First Nations involved in that agreement have achieved a degree of self-government which has allowed them to move forward much more quickly than they would have if they had remained under the Indian Act.

I would also like you to tell us briefly about the Sahtu Tribal Council and the agreement which was negotiated with that group before Christmas. You might give us a progress report on that.

My second question deals with the Attikamek-Montagnais Council. I will not ask you to comment on what the Minister said this morning, when he said that the Quebec government's approach to negotiations with the Attikamek-Montagnais was



## [Text]

négociations avec les Attikameks-Montagnais. Mais je vais vous demander votre point de vue sur la cogestion, en faisant la différence entre la cogestion et l'autonomie gouvernementale, parce que le gouvernement du Québec propose la cogestion aux Attikameks-Montagnais.

Pourriez-vous nous dire aussi de quelle façon votre ministère est impliqué actuellement dans cette négociation avec les Attikameks-Montagnais, et où en êtes-vous? Est-ce que vous approuvez le gouvernement du Québec là-dessus? Est-ce que vous pensez que la proposition du gouvernement du Québec concernant la cogestion des ressources naturelles est une approche qui est compatible avec l'autonomie gouvernementale?

**Mr. Kipping:** I'll try not to take up too much time answering the fairly lengthy set of questions.

In terms of where first nations are coming from with respect to self-government, the original process was established to try to accommodate the various traditions and cultures and aspirations of these communities and took into consideration the type of development that was going on in those communities. Those communities that were more advanced in terms of their own economic wealth and their own capacity or their own interest in advancing their communities to move beyond the Indian Act are the groups we wound up working with within that group of 15 at the end.

Although each community—and this is my own personal opinion—in the negotiation of self-government wanted to remain sort of the same and tailor-make a self-government agreement that was very specific to their own community, we found that there were a lot of generalities that came out of those negotiations. With minor changes, we found that an awful lot of the communities wanted exactly the same thing. The terminology may be slightly different, but I think overall there is a level of standardization that appears to be arising out of those negotiations.

This is what has happened in some of the communities across the country that have undertaken self-government. Sechelt were the first to really, as an individual community, undertake a self-government agreement. While not taking down all the powers or advancing the range of powers that are in their act, from an economic point of view they have advanced quite significantly in terms of their day-to-day lives. Stuart Swanson may be able to fill you in a little bit. He has been working with them, or has worked with them in the past on their financial arrangements and some of their fiscal authorities. My understanding is that once out from under the Indian Act, the Sechelt Band made fairly substantial movement in terms of getting control on its own community, managing its own affairs, creating a fairly substantial economic base with the flexibility that the agreement was able to provide.

I think the same applies to the Cree in northern Quebec. I think the James Bay and Northern Quebec Agreement provided them with a tool that allowed them to get out from under the Indian Act and to establish, from what I've seen, a fairly wide

## [Translation]

simplistic. But I will ask you to give us your views on co-management, while being cognizant of the difference between co-management and self-government, because the Quebec government is considering co-management with the Attikamek-Montagnais.

Could you also tell us what part your department is playing in the negotiations presently underway with the Attikamek-Montagnais, as well as giving us a status report on those negotiations? Do you concur in the Quebec government's approach to those negotiations? Do you think the Quebec government proposal with respect to co-management of natural resources is one that is compatible with self-government?

**M. Kipping:** J'essaierai de ne pas prendre trop de temps pour répondre aux nombreuses questions que vous venez de me poser.

En ce qui concerne l'idée que les Premières nations se font de l'autonomie gouvernementale, le processus établi à l'origine visait à tenir compte des traditions, des cultures et des aspirations différentes des collectivités ainsi que des progrès qu'avaient déjà été accomplis dans ces collectivités. Celles qui avaient déjà atteint à une certaine richesse économique et qui avaient déjà les moyens et l'intérêt voulus pour se soustraire à la Loi sur les Indiens sont celles-là mêmes avec lesquelles nous avons entamé des négociations; ce sont les 15 groupes qui ont été retenus au bout du compte.

Même si, dans la négociation de l'autonomie gouvernementale, chaque collectivité—et l'opinion que j'exprime ici n'engage que moi—tenait à négocier une entente d'autonomie gouvernementale qui lui soit propre et qui lui permette de maintenir son intégrité, nous avons constaté que beaucoup des revendications étaient similaires. Exception faite de quelques différences mineures, bon nombre des collectivités voulaient exactement la même chose. La terminologie utilisée n'est peut-être pas toujours la même, mais dans l'ensemble, les négociations semblent déboucher sur des résultats assez semblables.

Nous avons été à même de le constater chez certaines des collectivités dans les différentes régions du pays qui se sont engagées dans la voie de l'autonomie gouvernementale. Les Sechelt ont été les premiers, en réalité, à appliquer, en tant que collectivité, une entente d'autonomie gouvernementale. Bien qu'ils n'aient pas assumé tous les pouvoirs qui leur sont conférés dans leur loi habilitante et bien que, dans les secteurs qu'ils ont pris en charge, ils ne soient pas allés jusqu'au bout de l'autonomie qui leur est accordée, ils ont dans la pratique fait d'importants progrès sur le plan économique. Stuart Swanson pourrait peut-être vous donner d'autres renseignements. Il a travaillé avec eux, ou, en tout cas, les a aidés avec leurs arrangements et leurs pouvoirs financiers. Je crois savoir qu'une fois affranchie de la Loi sur les Indiens, la bande des Sechelt a réalisé des progrès assez importants en assumant le contrôle de sa propre collectivité, en gérant ses propres affaires, et en se dotant d'une base économique assez solide grâce à la souplesse de l'entente.

Je pense que la même chose vaut pour les Cris du Nord du Québec. Je pense que la Convention de la Baie James et du Nord du Québec leur a fourni le moyen de s'affranchir de la Loi sur les Indiens et d'établir, d'après ce que j'ai pu constater, une



*[Texte]*

and very broad economic base. While they still have a number of social and other community problems that they have to address, I've seen over time a fairly substantive change in the way they live within their communities and the kinds of relationships they have not only with the federal government but also with the Quebec government. They have put themselves on a more level playing field with other governments and seem to be making some fairly rapid advancement.

With respect to CAM, I am not that familiar with the negotiations. We are currently just getting into those discussions. I actually have a meeting this afternoon with some of the people from the Quebec region who are going to brief me on CAM, so maybe if I had come tomorrow I would be in a better position to answer your question.

With respect to co-management, I think the current position that our minister has taken with respect to self-government is that there are a range of options or sectoral types of mechanisms without having to take the community-specific, all or nothing kind of approach, which has been our position in the past. Co-management is very much one of the keystones of his movement in that area and is encouraging the development of co-management agreements and sectoral-type arrangements right across the country.

With respect to Quebec, we will be at the same table as they are in the negotiations with CAM. It will be very much a tripartite set of negotiations, to establish not only the resolution of the land claim but also a self-government agreement at the same time. It's one of the first claims negotiations where we will be negotiating self-government concurrently with the land claim. In the past we have negotiated a claims agreement in principle and then have negotiated the self-government agreement, to try to fill in the box behind. In this case they will be done concurrently. So we will be at the same table.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Thank you very much. Ms Bridgman.

**Ms Bridgman (Surrey North):** Thank you very much for coming.

I have a couple of brief questions and a couple of points maybe for a little more information or clarification. We're looking to study in some way or another aboriginal health, and I have two concerns in relation to how we approach this.

With the negotiations that are going on in relation to self-government and our study or any studies that would be done, it seems very relevant to me that there is some sort of consideration given to the fact that they will indeed be able to support themselves in the various aspects of health or whatever, or where they are getting extra moneys now to compensate because they don't have the same services in the north as the south—that kind of thing. So at some point it would seem reasonable that these self-government kinds of things would lead to a situation where they could join in the mainstream of services.

*[Traduction]*

base économique très large. Il leur reste un certain nombre de problèmes sociaux et communautaires à régler, mais, au fil du temps, j'ai constaté de profonds changements dans leur façon de vivre à l'intérieur de leurs collectivités et dans le genre de relations qu'ils ont non seulement avec le gouvernement fédéral mais également avec celui du Québec. Grâce à leurs efforts, ils sont maintenant dans une situation un peu plus comparable à celle des autres gouvernements et ils semblent avancer assez rapidement.

En ce qui concerne le CAM, je ne suis pas au courant des négociations. Nous venons tout juste d'engager ces discussions. En fait, cet après-midi je rencontre des gens de la région du Québec qui m'informeront du dossier du CAM. Si nous étions demain, je serais mieux en mesure de répondre à votre question.

Pour ce qui est de la cogestion, je pense que la position de notre ministre à l'égard de l'autonomie gouvernementale est qu'il existe une gamme d'options ou de mécanismes sectoriels et que nous ne sommes pas obligés de trouver une solution propre à chaque collectivité, à prendre ou à laisser, comme c'était le cas dans le passé. La cogestion est l'une des pierres angulaires de sa position dans ce domaine et il encourage la négociation d'ententes de cogestion et d'ententes de type sectoriel dans tout le pays.

Pour ce qui est du Québec, nous serons présents lorsque celui-ci négociera avec le CAM. Ce sont des négociations tripartites qui viseront non seulement à régler la revendication territoriale mais également à négocier une entente d'autonomie gouvernementale en même temps. Ce sera l'une des premières fois que l'on négociera l'autonomie gouvernementale en même temps que le règlement d'une revendication territoriale. Dans le passé, nous avons négocié des ententes de principe à l'égard des revendications territoriales puis nous avons négocié l'entente d'autonomie gouvernementale, afin de combler les lacunes. Dans ce cas, les deux seront négociées en même temps. Alors, nous serons présents à la table.

**Le vice-président (M. Jackson):** Merci beaucoup. Madame Bridgman.

**Mme Bridgman (Surrey-Nord):** Merci beaucoup d'être venus.

J'ai quelques courtes questions et je voudrais également obtenir un peu plus de renseignements ou de précisions sur certains points. Nous avons entrepris une étude sur la santé des autochtones et j'ai deux préoccupations au sujet de notre façon d'aborder cette question.

Étant donné les négociations en cours sur l'autonomie gouvernementale, il me semble que dans notre étude de la question, ou dans n'importe quelle autre étude, il serait tout à fait pertinent que l'on prenne en considération le fait que les autochtones pourront effectivement financer eux-mêmes divers services de santé ou autres activités où ils reçoivent en ce moment des sommes additionnelles pour compenser le fait que dans le Nord ils n'ont pas accès aux mêmes services que dans le Sud—ce genre de choses. Alors il me semble raisonnable de supposer que tôt ou tard l'autonomie gouvernementale leur permettra d'avoir accès à des services comparables à ceux dont bénéficie l'ensemble de la population.

[Text]

[Translation]

The other thing that comes to mind on this is that when we do this study we will obviously be dealing with programs that are in existence and how they would be better applied. I'm starting to get the impression that maybe that's not the case, that maybe there are, in the individual tribes maybe, new programs that are necessary or different programs, or . . . what? So I have some concerns as to how self-government is going to affect things like health.

Une autre chose qui me vient à l'esprit est que nous allons évidemment, dans le cadre de cette étude, nous pencher sur les programmes qui existent pour déterminer comment ils pourraient être mieux exécutés. Je commence à avoir l'impression que ce n'est peut-être pas le cas, qu'il y a peut-être certaines tribus qui ont de nouveaux programmes, ou des programmes différents ou. . . quoi? Je me demande quel effet l'autonomie gouvernementale aura sur certaines choses, comme la santé.

• 1035

**Mr. Kipping:** I think, again, the whole aspect of tailoring or developing community processes or structures that would meet the individual community aspirations, their cultural and historical backgrounds, is one element. I think the other element of the overall direction the government is currently taking with respect to self-government is the harmonization with existing services and programs, either those currently being delivered or those that are delivered to non-Indian or non-aboriginal people outside of the reserve. Just for clarification, my area of responsibility basically deals with reserve-based Indians or those that will have a land base as a result of a land claim.

**M. Kipping:** Je pense que l'un des éléments consiste à élaborer des processus ou des structures communautaires adaptés afin de répondre aux aspirations d'une collectivité particulière et de tenir compte de leur culture et de leur histoire. Je pense que l'autre élément de l'orientation générale que le gouvernement a adoptée en matière d'autonomie gouvernementale est l'harmonisation avec les services et les programmes existants qui sont offerts à l'ensemble de la population non autochtone. Je dois préciser que mes responsabilités concernent essentiellement les Indiens qui vivent dans les réserves ou ceux qui auront une base territoriale à la suite du règlement de leurs revendications.

I think what we're trying to do here is to ensure there is a consistent level of health service across the board, that the inadequacies that currently exist across a range of programs, including health in Indian communities, is addressed through the self-government agreements to provide them with the ability to more adequately manage the affairs themselves, to take into account or into consideration the differences that apply between non-aboriginals and aboriginals, looking at, for example, in health, the medicine wheels and the kind of holistic medicine they've normally used as part of their cultural practices.

Nous essayons de faire en sorte qu'il y aura un niveau uniforme de services de santé pour tous. Nous voulons corriger les insuffisances actuelles d'un grand nombre de programmes, y compris les programmes de santé dans les collectivités autochtones, au moyen des ententes d'autonomie gouvernementale. Celles-ci donneront aux autochtones la capacité de mieux gérer leurs propres affaires en prenant en compte les différences entre non-autochtones et autochtones comme, par exemple, dans le domaine de la santé, le recours aux cercles d'influence et à la médecine holistique qui font partie de leurs pratiques culturelles traditionnelles.

In the administration of justice, for example, another area we're looking at within the self-government agreements are things like circle sentencing and diversionary types of programs, which meet the needs of the aboriginal communities but are not outside, or have some link or tie back into, those kinds of services or similar programs outside those communities.

Dans le domaine de l'administration de la justice, par exemple—autre domaine que nous étudions dans le cadre des ententes d'autonomie gouvernementale—la détermination collective de la peine et certains programmes de déjudiciarisation permettent de répondre aux besoins des collectivités autochtones qui sont semblables à d'autres services ou programmes qui existent dans d'autres collectivités.

**Ms Bridgman:** Just to follow up quickly on the fact that these programs are being looked at in relation to the self-government negotiations, are we getting locked in, through the commitment via self-government, to providing these programs, regardless of whether or not they will become self-sufficient, or whatever? Or is it that we realize that until self-government gets up and running and until an income is being generated, etc., these programs are needed for the community, therefore they will have to be supported by federal government income until they can be taken over? Or is it going to be lock, stock, and barrel, we will provide this or this or this?

**Mme Bridgman:** J'aimerais que vous me disiez rapidement si du fait que l'on examine ces programmes dans le cadre des négociations sur l'autonomie gouvernementale, nous sommes en train de nous engager à fournir ces programmes, même si les autochtones atteignent l'autosuffisance? Est-ce parce que nous comprenons que tant que l'autonomie gouvernementale ne sera pas concrétisée et tant que les autochtones ne pourront pas générer leurs propres revenus, ces programmes, dont la collectivité a besoin, devront être appuyés financièrement par le gouvernement fédéral jusqu'à ce que les autochtones puissent en assumer la responsabilité? Ou allons-nous fournir intégralement tel ou tel service?



[Texte]

**Mr. Kipping:** Again this is my own personal opinion. I don't think even with the transfer of the responsibility of the authority to generate revenues and to manage their own affairs, we will ever be clear of providing some level of transfer payment to any of these Indian communities. I think there will always be, as there is with provincial governments and municipal governments, whatever, a level of funding that will be required.

What we intend to try to do through this process is to create economically viable programs and services, give them the authority to generate a level of revenue that would offset those costs. I think we're trying to, in the long term, make them fiscally responsible, as any government should be, with respect to the fact that there isn't an unlimited pot of money within the federal government, or the provincial government, for that matter, and they have to start looking at their own internal sources for generating some of that revenue.

**Ms Bridgman:** Thank you very much. Thank you, Mr. Chairman.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Ms Fry.

**Ms Fry (Vancouver Centre):** I think Margaret asked some of the questions I was going to ask.

What I wanted to know is once aboriginal self-government came about and happened, would you see then a system that is based on transfer of payments similar to the way we transfer to provinces and then the provinces come up with a percentage of their own money to provide their own services? Would you see that being the new model of health care provision for aboriginal communities, or would you continue to see a specific program set up with Health Canada in the way that it now exists?

• 1040

**Mr. Kipping:** I'll very briefly answer part of that, and then maybe I'll give it over to my colleague to answer the balance of it.

The first premise that we work on is that, very bluntly, he who has the authority or he who has the jurisdiction pays part of the bill, so the federal government would continue to provide some level of funding for health service in Indian communities. Where that jurisdiction extended beyond and into provincial boundaries, we would expect that the province would pick up those costs.

The overall intent would be a transfer payment, something similar to what we currently provide to provinces, to other levels of government, through a general grant, with the communities being able to establish their own priorities, with the provinces being able to establish their own priorities and to be able to fund those programs and services from within a block of resources which would be transferred to them for administration and for the delivery of programs and services within that area.

**Mr. Swanson:** Just a couple of comments. First, when Paul Cochrane was here he used Tobique as an example of a community that had improved its well-being. I had the pleasure of meeting the chief of Tobique a few years back when he had

[Traduction]

**M. Kipping:** Encore une fois, c'est une opinion personnelle que j'exprime. Même si nous transférons à ces collectivités indiennes ces responsabilités et le pouvoir de générer leurs propres revenus et de gérer leurs propres affaires, nous ne serons jamais libérés de l'obligation de leur fournir certaines sommes d'argent au moyen de paiements de transfert. Je pense que nous serons toujours obligés de leur fournir un certain niveau de financement, comme nous le faisons pour les gouvernements provinciaux et les administrations municipales.

Nous cherchons à créer, au moyen de ce processus, des programmes et des services économiquement viables et de leur donner le pouvoir de générer des revenus suffisants pour compenser ces coûts. À long terme, nous essayons de les rendre financièrement responsables, comme doit l'être n'importe quel gouvernement, puisque les ressources financières du gouvernement fédéral, ou des gouvernements provinciaux d'ailleurs, ne sont pas illimitées et qu'ils doivent commencer à chercher leurs propres ressources internes pour générer une partie de ce revenu.

**Mme Bridgman:** Merci beaucoup. Merci, monsieur le président.

**Le vice-président (M. Jackson):** Madame Fry.

**Mme Fry (Vancouver-Centre):** Je pense que Margaret a déjà posé certaines questions que j'avais l'intention de vous poser.

J'aimerais savoir si, après la réalisation de l'autonomie gouvernementale des autochtones, vous envisagez un système fondé sur des paiements de transfert, comme ce que nous versons aux provinces, et en vertu duquel les provinces doivent déboursier un certain pourcentage des sommes requises pour pouvoir fournir leurs propres services. Pensez-vous que ce sera le nouveau modèle de prestation des soins de santé aux collectivités autochtones, ou croyez-vous que l'on maintiendra à leur intention un programme particulier mis en oeuvre par Santé Canada, comme c'est le cas à l'heure actuelle?

**M. Kipping:** Je vais répondre brièvement à une partie de votre question et je demanderai ensuite à mon collègue de compléter.

Pour être très franc, notre hypothèse de départ est que celui qui a le pouvoir ou la compétence paie une partie de la note, de sorte que le gouvernement fédéral continuera à assurer un certain niveau de financement pour les services de santé dans les collectivités autochtones. Dans les domaines qui relèveront de la compétence des provinces, nous nous attendrons à ce que celles-ci en assument les coûts.

Notre intention est de leur verser un paiement de transfert, semblable à ce que nous faisons à l'heure actuelle pour les provinces, pour les autres niveaux de gouvernement, au moyen d'une subvention générale qui permettra aux collectivités d'établir leurs propres priorités, comme le font les provinces, et de financer ces programmes et ces services au moyen des ressources globales qui leur seraient transférées pour l'administration et la prestation des programmes et des services dans ce domaine.

**M. Swanson:** Quelques commentaires. Lorsque Paul Cochrane était ici, il a cité la bande de Tobique comme exemple d'une collectivité qui a amélioré son sort. J'ai eu le plaisir de rencontrer le chef de la bande de Tobique il y a quelques



## [Text]

taken control of his programs. He had redefined what he wanted to do in that community in terms of people feeling well about themselves, feeling well about their relationship with other members of the community, and the community having a good relationship with the neighbouring communities, which is substantially different from the way we write objectives within the department, delivery of education, delivery of social, etc. That's a spin he put on in terms of achieving community objectives, and indeed he has made good progress in terms of changing the orientation to look at the well-being of people.

The second point is on financing and the question of whether the federal government pays the full bill, or is there cost-sharing or something like that. That particular question is really, I believe, best asked of the Department of Finance. The Department of Finance's direction at this point in time to us when we're talking about these funding arrangements is that they would encourage first nations to try to generate whatever revenues they can for the benefit of their own program delivery. At a future point in time they will be prepared to talk about subjects such as taxation, and at that point in time the question of cost-sharing will be dealt with.

**Mrs. Ur (Lambton—Middlesex):** Basically, Margaret has touched on what I was going to speak about. But when we first began discussing aboriginal health, or the intention of this committee to study aboriginal health, I understood that aboriginal health would include all aboriginal people. With the presentations we've had thus far by the various groups I find there's a difficulty even addressing the fact of the aboriginal people themselves. One seemed to think one was getting at the other. Other groups thought they weren't being looked at carefully.

There seems to be dissension within their own families as to how they're best served. There seems to be antagonism there about wanting to have these facilities, whether school facilities or training facilities for nurses, doctors and that, and wanting to have their own people to run these facilities. I don't know whether it was really something they wanted us to look into on their behalf.

Being with Indian Affairs, what would your priority be with the natives? How would a health committee best address their health issue?

**Mr. Kipping:** I agree with your opening comments. I think there is a range of aboriginal groups across the country. There are the Métis, there are the Inuit, there are I guess what you want to call the non-status, there are the people who are on reserves, there are people who live in the cities, who are urban aboriginal people. All of those are dealt with in different ways by different organizations.

As Indian Affairs and Northern Development Canada, we deal with Indians and Inuit through the Indian Affairs and Northern Development program. When a person leaves the reserve, normally they are picked up by the provincial government in terms of their services and the kinds of programs they get. In my opinion, it's not a very consistent approach. It is something that has to be addressed by committees such as yours, groups of aboriginal people themselves coming together to

## [Translation]

années, lorsqu'il a assumé la responsabilité de ses programmes. Il a redéfini ce qu'il voulait faire dans sa collectivité pour aider les gens à se sentir bien dans leur peau, à se sentir à l'aise dans leurs relations avec les autres membres de la collectivité et pour aider la collectivité à établir de bonnes relations avec les collectivités voisines; cette démarche est très différente de celle que nous adoptons lorsque nous rédigeons des objectifs au sein du ministère pour la prestation de services d'éducation, de services sociaux, etc. C'est dans cette optique qu'il a formulé les objectifs de sa collectivité et il a effectivement réussi à faire évoluer la façon de définir le bien-être des gens.

Le deuxième point que vous avez soulevé est celui du financement et vous avez demandé si le gouvernement allait payer la note au complet ou s'il y aurait des mécanismes de partage des coûts ou quelque chose de ce genre. En fait, je crois que c'est une question que vous devriez poser au ministère des Finances. Lorsque nous discutons avec les fonctionnaires des Finances des mécanismes de financement, ils nous disent vouloir encourager les Premières nations à générer autant de revenus que possible afin de pouvoir financer leurs propres programmes. Plus tard, ils seront prêts à discuter de choses comme la fiscalité, et à ce moment-là ils régleront la question du partage des dépenses.

**Mme Ur (Lambton—Middlesex):** En fait, Margaret a déjà abordé les points que je voulais soulever. Lorsque nous avons commencé à parler de la santé des autochtones, ou de notre intention d'étudier cette question, je croyais que nous allions inclure tous les peuples autochtones. Or, d'après les exposés qui nous ont été faits jusqu'à présent par divers groupes, je constate que ce n'est pas si simple. Certains se sentent critiqués et d'autres se sentent exclus.

Eux-mêmes ne semblent pas s'entendre sur le meilleur moyen de répondre à leurs besoins. Ils ne semblent pas tous vouloir leurs propres installations, que ce soient des installations scolaires ou des établissements de formation pour les infirmières, les médecins, etc., ni s'entendre sur le fait que ces installations seraient dirigées par des autochtones. Je ne sais plus si c'est vraiment une question qu'ils souhaitent que nous examinions pour eux.

En tant que fonctionnaire des Affaires indiennes, quelle serait votre priorité pour les autochtones? Quel est le meilleur moyen pour nous de traiter de leurs questions de santé?

**M. Kipping:** Ce que vous avez dit au début est juste. Il y a une diversité de groupes autochtones dans tout le pays. Il y a les Métis, les Inuit, ceux que l'on appelle les Indiens non inscrits, ceux qui vivent dans les réserves, ceux qui vivent dans les villes, qui sont des autochtones urbains. Tous ces groupes sont représentés par des associations différentes.

Au ministère des Affaires indiennes et du Développement du Nord, nous traitons les Indiens et les Inuit dans le cadre du Programme des affaires indiennes et du développement du Nord. Lorsqu'une personne quitte la réserve, c'est normalement au gouvernement provincial que revient la responsabilité de lui fournir des services et des programmes. À mon avis, il y a là un manque d'uniformité. C'est une question que doit examiner un comité comme le vôtre, et les groupes d'autochtones eux-mêmes

## [Texte]

address this on a more global basis, rather than trying to piecemeal it. However, that's not something that I'm in a position to respond to much at this time.

With respect to how I feel about, or where we are coming from with respect to, health and some of the other services, I believe there is a very major social and health problem on most reserves across the country. Some of those communities, through this process and other processes such as health transfer, are trying to address some of those social and health problems.

I think a committee of this in terms of studying... I've read some of the transcripts where they feel that they've been studied and enough research has gone into it. I feel that a lot of that research and so on is very beneficial. I feel that there has to be a more concerted effort on behalf of government, on behalf of the communities themselves, on behalf of aboriginal people to work more closely together—to try to address that on a global basis, rather than “piecemealing” it and playing one off against the other. That's basically where I would come from on that.

**Mr. Patry (Pierrefonds—Dollard):** According to the experience of the Cree of James Bay as administered by Mr. Bachand, do you think that the best approach, or even the only way to improve the overall health of the first nations Inuit, needs to pass through their self-government autonomy?

**Mr. Kipping:** I feel that the aboriginal people are the best judge of how they themselves will resolve their own internal problems. We as government have the responsibility to provide them with some of the basic tools to do that, but they themselves are the only ones who can answer those kinds of questions.

The way to go to do this is through a self-government agreement or through a sectoral arrangement, such as just the transfer of health, through transfer of education programs where they can educate themselves and bring themselves up to a point where they can better manage and look after themselves. But I don't think that we as government can provide those answers. It has to come from within the communities themselves.

**M. Bachand:** Vous avez parlé de la négociation de divers paliers gouvernementaux et je sais que vous y avez assisté, et d'une rencontre prochaine du conseil Attikameks—Montagnais avec le gouvernement provincial. Mais ce qui m'intéresse surtout c'est la concertation interministérielle fédérale, surtout en matière de santé.

Vous avez mentionné plus tôt que vous essayez de fournir des services différents mais à l'intérieur de la même enveloppe. Si je prends l'exemple du Québec, je crois savoir qu'en matière de santé, le Québec bénéficie de 60 millions sur une enveloppe de 900 millions de dollars, c'est-à-dire même pas 10 p. 100 du budget. Il faut bien sûr considérer le nombre d'autochtones, mais ma question porte essentiellement sur la concertation interministérielle.

## [Traduction]

doivent s'entendre pour traiter de cette question de façon globale, plutôt que de le faire de façon fragmentée. Toutefois, pour le moment, je ne suis pas vraiment en mesure de répondre à cette question.

Pour ce qui est de mon impression personnelle, ou ce qui explique la position que nous avons prise à l'égard de la santé et de certains autres services, je crois qu'il y a dans la plupart des réserves du pays de très graves problèmes sociaux et de santé. Certaines de ces collectivités essaient de régler une partie de ces problèmes au moyen de ce processus et d'autres mécanismes comme le transfert des services de santé.

Pour ce qui est de l'étude que vous avez entamée... J'ai lu la transcription de certains témoignages dans lesquels les autochtones disaient qu'ils trouvaient qu'on les avait assez étudiés et que cette question avait fait l'objet de suffisamment de recherches. Je pense qu'une bonne part de cette recherche est très utile. Je pense que le gouvernement, les collectivités elles-mêmes, les peuples autochtones, doivent faire des efforts concertés et travailler ensemble plus étroitement pour essayer de traiter cette question de façon globale au lieu d'adopter une approche fragmentée et de jouer les uns contre les autres. C'est essentiellement ce que j'en pense.

**M. Patry (Pierrefonds—Dollard):** D'après l'expérience de la Convention des Cris de la Baie James, telle qu'administrée par M. Bachand, pensez-vous que le meilleur moyen, ou même le seul moyen, d'améliorer la santé générale des premières nations inuit, passe nécessairement par l'autonomie gouvernementale?

**M. Kipping:** Je pense que les peuples autochtones sont les mieux placés pour décider de la façon dont ils régleront leurs problèmes internes. Le gouvernement a la responsabilité de leur fournir certains outils, mais ce sont eux seuls qui peuvent répondre à ce genre de questions.

La solution c'est de négocier une entente d'autonomie gouvernementale ou une entente sectorielle, qui porterait, par exemple, uniquement sur le transfert des services de santé ou des programmes d'éducation afin qu'ils puissent assurer leur propre formation et en arriver à pouvoir mieux gérer leurs affaires et s'occuper d'eux-mêmes. Mais je ne pense pas que le gouvernement puisse fournir ces réponses. Elles doivent venir des collectivités elles-mêmes.

**Mr. Bachand:** You spoke about negotiations with various levels of government, and I know you were present for these discussions, and you mentioned a forthcoming meeting between the Attikameks—Montagnais Council and the provincial government. But I'm mostly interested in the co-operation between federal departments, especially in the area of health.

You mentioned earlier that you're trying to provide different services but within the same envelope. If I take Quebec as an example, I understand that in the area of health, Quebec gets 60 million dollars from an envelope of 900 million dollars, that is not even 10% of the budget. Of course, one has to take into consideration the number of aboriginals, but my question is essentially on interdepartmental co-operation.



[Text]

On a aussi le problème des pêcheries, de la forêt et des ressources renouvelables. Dans les ententes sur l'autonomie gouvernementale, peut-on disposer d'un certain budget pour la santé à l'intérieur du budget des Affaires indiennes ou bien doit-on considérer que l'enveloppe de 60 millions de dollars de Santé Canada est bonne pour toutes les nations du Québec?

• 1050

Donnez-nous un aperçu de la façon dont vous menez cela, parce qu'à chaque fois que je vais aux pêcheries ou que je viens à la santé, on me répond que le ministère des Affaires indiennes chapeaute tout ça, et qu'ils sont les maîtres d'oeuvre. Mais comment arrivez-vous à faire passer les budgets d'un ministère à l'autre? Est-ce que vous pouvez dire au ministère de la santé qu'il ne sera pas possible d'attribuer des programmes d'autonomie gouvernementale au Québec avec 60 millions de dollars, et qu'il faudra augmenter le budget? Ou bien pouvez-vous avoir recours à votre propre budget pour faire en sorte que la répartition pour l'autonomie gouvernementale satisfasse pleinement les besoins de santé des autochtones, au Québec.

**Mr. Kipping:** That's an easy question, so I'll just turn that over to my partner.

**Mr. Swanson:** Within the self-government agreements the money is derived from departmental sources. The Department of Indian Affairs would put money into a self-government agreement with respect to matters within its mandate. We'd look to Health Canada to put money into the agreement with respect to its mandate. It's the same thing with the Department of Fisheries and Oceans.

Consider when you create a piece of legislation like Sechelt. At that point in time, the moneys from the various contributing departments are brought together into a single amount that appears in the estimates and is voted through the Department of Indian Affairs.

**Mr. Hill:** This is really a health issue, but you made a comment that so intrigues me that I have to explore it. You said you didn't want to mention a third order of government so you said it should be called another order of government. For the comfort of the public in Canada, can you describe for me this other order of government?

If there is a worry in my own community, which has four huge reserves on it, it is this: can we traverse the Siksika Nation without a passport? There's a huge problem there.

**Mr. Kipping:** The overall agenda, in terms of developing Indian governments, is not to create a third order of government that would have the same powers as the Government of Canada to create laws of immigration, citizenship, and other laws similar to those that are currently held by Canada under the Constitution or by the province in those areas. As I said before, we will try to create an order of government that respects the fact that there are two—I hate using this term, and I'll be shot by the aboriginal people for saying it—senior levels of government and that would not create laws that are inconsistent with those laws of either the provinces they exist in or of Canada.

[Translation]

There is also the problem of Fisheries, Forestry and of renewable resources. In the self-government agreements, can a certain budget be allocated for health within the budget of Indian Affairs or are we to consider that the 60 million dollar envelope from Health Canada is for all the nations in Quebec?

Give us an idea of the way you deal with this, because every time I go to Fisheries or come to Health, I'm told that the Department of Indian Affairs oversees the whole issue, that they are in charge. How do you transfer budgets from one department to another? Can you tell the Minister of Health that it will be impossible to allocate self-government programs in Quebec with 60 million dollars and that the budget will have to be increased? Or can you use your own budget to ensure that the monies allocated for self-government will entirely meet the health needs of natives in Quebec.

**M. Kipping:** C'est une question facile et je vais donc demander à mon partenaire d'y répondre.

**M. Swanson:** Les sommes prévues dans les ententes d'autonomie gouvernementale proviennent des budgets des ministères. Le ministère des Affaires indiennes fournira de l'argent dans le cadre d'une entente d'autonomie gouvernementale pour les questions qui font partie de son mandat. Santé Canada fournira l'argent nécessaire pour les éléments qui relèvent de sa responsabilité. La même chose est vraie pour le ministère des Pêches et des Océans.

Prenez l'exemple de l'entente des Sechelt. Lorsqu'on a rédigé la loi de mise en oeuvre de cette entente, les sommes provenant des divers ministères intéressés ont été rassemblées en un seul montant qui paraît dans le budget des dépenses et les crédits du ministère des Affaires indiennes.

**M. Hill:** Nous sommes ici pour discuter de questions de santé, mais vous avez fait une observation qui m'intrigue tellement que je me sens obligé de l'explorer. Vous avez dit que vous ne vouliez pas parler d'un troisième palier de gouvernement et qu'il fallait plutôt parler d'une autre palier de gouvernement. Pour rassurer la population du Canada, pouvez-vous me décrire cet autre palier de gouvernement?

S'il y a une chose qui inquiète les gens de ma circonscription, où il y a quatre réserves immenses, c'est ceci: pourrions-nous traverser le territoire de la nation Siksika sans passeport? Il y a là un problème énorme.

**M. Kipping:** L'objectif général dans l'établissement de gouvernements autochtones n'est pas de créer un troisième palier de gouvernement qui aurait les mêmes pouvoirs que le gouvernement du Canada d'adopter des lois en matière d'immigration, de citoyenneté ou d'autres pouvoirs semblables à ceux que détiennent à l'heure actuelle le Canada et les provinces en vertu de la Constitution. Comme je l'ai déjà dit, nous voulons créer un palier de gouvernement qui respecte le fait qu'il y a deux niveaux de gouvernement—je déteste employer ce terme et les autochtones m'en voudront de l'avoir utilisé—supérieurs et qui n'adopterait pas de lois qui seraient incompatibles avec celles des provinces ou du Canada.



## [Texte]

In other words, you wouldn't need a passport to go through the Siksika reserve. You wouldn't have a special order of government that would create a level of citizenship.

They can determine their own members; they can do that now. They use the term "citizenship", but it is not used in the Constitution in the international sense; it is used in the fact that they are determining who their members are, who they're responsible for and who they're accountable to.

I guess what we would be creating here is again less than a third order of government. It would not have the same standing as either the Government of Canada or that of the provinces, but it would have similar powers that would coexist with those levels of government. The relationship would be defined in terms of what laws of that first nation community would be paramount over provincial laws. In some instances there may be an override of federal law depending on the state of the negotiations, the aspect we're negotiating or whether they wish to take over.

However, the position is that they would be less. . . They're not a constitutionally recognized government. That's basically what it rolls out to be.

• 1055

I'm not sure that answers your question or gives you any comfort, but it's a very difficult answer to try to come up with.

They're more than a municipal government. They're less than the federal government. They have some powers parallel to those of a province. So they're a bit of a hybrid right across the board.

**Mr. Hill:** You've said once again the word that gives me no comfort: we will "try" to negotiate this type of government. Let's just say there's a group of natives who will not negotiate this type of government; who say, we are parallel with and equal to the Canadian government. That's of great concern to a number of citizens. How will you approach that?

If you don't have a vision, if you don't have a specific set of criteria that say, these are the sorts of things the native government can do, if you don't approach it in that way but just say we will try to negotiate and we hope you'll be nice guys about this. . . My experience is if somebody approached me and said be a nice guy about this, I wouldn't be, I'd be as mean a rascal as I could be and get as much as I could get. Surely the Canadian government has to go with its criteria.

**Mr. Kipping:** We do have criteria and we do negotiate from a framework. The new policy we expect to arise out of the *Creating Opportunity* red book concerning the inherent right will have criteria to it. It will define what those boundaries are going to be. But as in the case of any negotiations, I use the word "try", because if we can't accomplish a final solution within those boundaries or within those constraints, we will not have an agreement. To use the word "try", all I'm saying is we will try to negotiate an agreement that is within the Canadian constitutional framework. If we don't, we'll walk away from the table, the same as in any other negotiations. We're not going to put the Government of Canada or the people of

## [Traduction]

En d'autres mots, vous n'aurez pas besoin d'un passeport pour traverser la réserve Siksika. Il n'y aurait pas un palier de gouvernement spécial qui pourrait créer une nouvelle citoyenneté.

Ils pourront déterminer leurs propres membres; ce qu'ils peuvent d'ailleurs déjà faire. Ils utilisent le terme «citoyenneté», mais pas dans le sens constitutionnel, dans le sens international; en fait, ils l'utilisent lorsqu'ils parlent de leurs membres, dont ils sont responsables et à qui ils doivent rendre des comptes.

Je suppose que nous allons créer quelque chose qui ne sera pas tout à fait un troisième palier de gouvernement. Il n'aurait pas le même statut que le gouvernement du Canada ou ceux des provinces, mais il aurait des pouvoirs semblables, qui pourraient coexister avec ces deux niveaux de gouvernement. Pour définir la relation, il faudra déterminer les lois des premières nations qui l'emporteront sur les lois provinciales. Dans certains cas, il se peut que ces lois l'emportent sur une loi fédérale, selon l'état des négociations, la question qui fait l'objet des négociations ou leur volonté d'assumer une responsabilité.

Toutefois, leur position est qu'ils seraient moins. . . Ils n'auront pas un gouvernement reconnu dans la Constitution. Voilà essentiellement de quoi il retourne.

Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question ou si je vous ai rassuré, mais vous m'avez posé une question très difficile.

Ils auront plus de pouvoir qu'une administration municipale. Ils en auront moins que le gouvernement fédéral. Ils auront certains pouvoirs comparables à ceux d'une province. Ce sera en quelque sorte un gouvernement hybride.

**M. Hill:** Vous avez à nouveau utilisé un mot qui m'inquiète: nous allons «essayer» de négocier ce genre de gouvernement. Supposons qu'il y ait un groupe d'autochtones qui ne veut pas négocier ce genre de gouvernement et qui souhaite un gouvernement comparable et égal au gouvernement canadien. Cela inquiète un grand nombre de citoyens. Que feriez-vous dans un tel cas?

Si vous n'avez pas de vision, si vous n'avez pas un ensemble de critères qui précisent ce que les gouvernements autochtones peuvent faire, si vous ne vous y prenez pas de cette façon mais que vous dites simplement que vous allez essayer de négocier en espérant que l'autre partie sera accommodante. . . Si dans une négociation quelqu'un me disait d'être accommodant, je tâcherais ne pas l'être, je serais aussi dur que possible et j'essaierais d'obtenir le maximum. J'ose espérer que le gouvernement canadien établira ses critères.

**M. Kipping:** Nous avons bel et bien des critères et nous négocions à l'intérieur d'un cadre. La nouvelle politique qui devrait être fondée sur le droit inhérent reconnu dans le livre rouge *Pour la création d'emplois, pour la relance économique* sera assortie de critères. Elle définira les limites. Mais comme pour n'importe quelle négociation, je dis que nous allons «essayer» car si nous ne réussissons pas à trouver une solution définitive à l'intérieur de ces limites ou de ces contraintes, nous n'aurons pas d'entente. Lorsque je dis que nous «essayons», je dis simplement que nous allons essayer de négocier une entente à l'intérieur du cadre constitutionnel du Canada. Si nous ne réussissons pas, nous quitterons la table, comme nous le ferions

[Text]

Canada in a position where you create a government that is not consistent with the current parameters or the constitutional framework that exists.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** With that answer, I will wrap it up and thank the presenters and my colleagues for being here.

This meeting is adjourned.

[Translation]

pour toute autre négociation. Nous n'allons pas créer pour le gouvernement du Canada et la population canadienne un gouvernement qui ne respecterait pas les paramètres actuels ou qui serait incompatible avec le cadre constitutionnel tel qu'il existe.

**Le vice-président (M. Jackson):** Sur ce, je vais clore la réunion. Je remercie les témoins et mes collègues de leur présence.

La séance est levée.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

## WITNESSES

### *From Health Canada:*

Paul Cochrane, Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch;

Jerome Berthelette, Director General, Program, Policy and Planning, Medical Services Branch;

Judith Ross, Senior Program Analyst and Coordinator, Medical Services Branch;

Kay Stanley, Assistant Deputy Minister, Health Program and Services Branch;

Catherine Lane, Director General, Health Promotion Directorate, Health Programs and Services;

Brian Ward, Director General, Children's Bureau, Health Programs and Services Branch;

Kathy Stewart, A/Director, Family Violence Prevention Division, Health Programs and Services Branch;

Gweneth Gowanlock, Executive Director, National AIDS Secretariat, Health Programs and Services Branch.

### *From the Department of Indian and Northern Affairs:*

Kerry Kipping, Director, First Nations Relations Directorate;

Stuart Swanson, Director, Transfer Payments Directorate.

## TÉMOINS

### *De Santé Canada:*

Paul Cochrane, sous-ministre adjoint, Direction générale des services médicaux;

Jerome Berthelette, directeur général, Politiques des programmes et de la planification, Direction générale des services médicaux;

Judith Ross, analyste principale de programme et coordinatrice, Direction générale des services médicaux;

Kay Stanley, sous-ministre adjointe, Direction générale des programmes et des services de la santé;

Catherine Lane, directeur général, Promotion de la santé, Direction générale des programmes et des services de la santé;

Brian Ward, directeur général, Bureau des enfants, Direction générale des programmes et des services de santé;

Kathy Stewart, directrice par intérim, Division de la prévention de la violence familiale, Direction générale des programmes et des services de santé;

Gweneth Gowanlock, directeur exécutif, Secrétariat national sur le SIDA, Direction générale des programmes et des services de santé.

### *Du ministère des Affaires indiennes et du Nord:*

Kerry Kipping, directeur, Direction des relations avec les Premières nations;

Stuart Swanson, directeur, Direction des paiements de transfert.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

C41  
XC28  
-1139  
HOUSE OF COMMONS

**Issue No. 19**

Tuesday, November 15, 1994  
Tuesday, November 22, 1994  
Thursday, December 1st, 1994

**Chair:** Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

**Fascicule n° 19**

Le mardi 15 novembre 1994  
Le mardi 22 novembre 1994  
Le jeudi 1<sup>er</sup> décembre 1994

**Président:** Roger Simmons

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*      *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Health

## Santé

**RESPECTING:**

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of a draft workplan and itinerary for a study on mental health and the aboriginal peoples of Canada

Pursuant to an Order of Reference from the House dated November 2, 1994, consideration of the Supplementary Estimates (B) (Health, Votes 1b, 5b, 10b and 25b)

**CONCERNANT:**

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, considération d'une ébauche d'un plan de travail et un horaire pour une étude concernant la santé mentale et les autochtones du Canada

Conformément à l'Ordre de renvoi de la Chambre en date du 2 novembre 1994, un examen du Budget des dépenses supplémentaire (B) (Santé, crédits 1b, 5b, 10b et 25b)

**WITNESSES:**

(See back cover)

**TÉMOINS:**

(Voir à l'endos)



First Session of the Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la trente-cinquième législature, 1994

## STANDING COMMITTEE ON HEALTH

*Chair:* Roger Simmons

*Vice-Chairs:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Members

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Associate Members

Madeleine Dalphond-Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
Réal Ménard  
John Murphy  
Svend J. Robinson  
Andy Scott

(Quorum 6)

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

*Président:* Roger Simmons

*Vice-présidents:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Membres

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Membres associés

Madeleine Dalphond-Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
Réal Ménard  
John Murphy  
Svend J. Robinson  
Andy Scott

(Quorum 6)

*La greffière du Comité*

Nancy Hall



**ORDERS OF REFERENCE**

*Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons  
Wednesday, November 2, 1994.*

Pursuant to Standing Orders 81(5) and (6), Mr. Eggleton (President of the Treasury Board), seconded by Mr. Goodale (Minister of Agriculture and Agri-Food), moved,—That the Supplementary Estimates (B) for the fiscal year ending March 31, 1995, laid upon the Table earlier today, be referred to the several Standing Committees of the House, as follows:

to the Standing Committee on Health;

Health, Votes 1b, 5b, 10b and 25b.

*Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons of  
Monday, November 14, 1994.*

The Order was read for the second reading and reference to the Standing Committee on Health of Bill C-239, An Act respecting the Decade of the Brain.

ATTEST

**ORDRES DE RENVOI**

*Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du  
mercredi 2 novembre 1994.*

Conformément aux articles 81(5) et (6) du Règlement, M. Eggleton (président du Conseil du Trésor), appuyé par M. Goodale (ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire), propose,—Que le Budget des dépenses supplémentaire (B) pour l'exercice se terminant le 31 mars 1995, déposé sur le Bureau plus tôt aujourd'hui, soit renvoyé aux différents Comités permanents de la Chambre, comme suit:

au Comité permanent de la santé:

Santé, crédits 1b, 5b, 10b et 25b.

*Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du lundi  
14 novembre 1994.*

Il est donné lecture de l'ordre portant deuxième lecture et renvoi au Comité permanent de la santé du projet de loi C-239, Loi concernant la décennie du cerveau.

ATTESTÉ

*Le Greffier de la Chambre des communes*

ROBERT MARLEAU

*Clerk of the House of Commons*

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

TUESDAY, NOVEMBER 15, 1994

(29)

*[Text]*

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:15 o'clock a.m. this day, in Room 371, West Block, the Chairman, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Bill Murray, Research Officers.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), the Committee proceeded to the consideration of its future business and draft terms of reference for a study on the health of the aboriginal peoples of Canada (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

On motion of Ovid L. Jackson, it was agreed, — That pursuant to the motion creating a Sub-Committee on HIV/AIDS adopted by the Committee on November 3, 1994, the said Sub-Committee be composed as follows: Dr. Bernard Patry as Chair, with members Ovid L. Jackson, Harold Culbert, Dr. Hedy Fry, Margaret Bridgman and Réal Ménard.

It was agreed, — That the Sub-Committee on HIV/AIDS be granted the power to examine and enquire into the matters outlined in the original motion dated November 3, 1994, and except as the House otherwise orders, to send for persons, papers and records, to sit while the House is sitting, to sit during periods when the House stands adjourned, to print from day to day such papers and evidence as required and to report its conclusions and recommendations to the Committee.

It was agreed, — That the Sub-Committee be asked, as soon as possible, to develop a proposed budget to submit to the Committee.

It was agreed, — That the Committee not review the Order in Council appointment tabled in the House on November 3, 1994 referred to the Health Committee for consideration.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of the terms of reference for a study on the health of the aboriginal peoples of Canada (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

Pauline Picard moved, — That the Committee focus its study on the health of the aboriginal peoples of Canada on issues related to mental health with a particular emphasis on socio-economic and geographic determinants and identifying community-based solutions.

After debate, the question being put on the motion, it was adopted by a show of hands.

It was agreed, — That the staff prepare a draft workplan for the study, including a proposed travel itinerary and schedule for consideration by the Committee at its next meeting.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

**PROCÈS-VERBAUX**

LE MARDI 15 NOVEMBRE 1994

(29)

*[Traduction]*

Le Comité permanent de la santé se réunit à huis clos à 9 h 15, dans la salle 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

*Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Bill Murray, attachés de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité examine ses travaux à venir ainsi qu'un projet de mandat en vue de l'étude sur la santé des autochtones (*voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*).

Sur motion de Ovid L. Jackson, il est convenu — Que suivant la motion adoptée par le Comité le 3 novembre 1994 créant un Sous-comité du VIH/SIDA, les membres de ce Sous-comité soient Bernard Patry (*président*), Ovid L. Jackson, Harold Culbert, Hedy Fry, Margaret Bridgman et Réal Ménard.

Il est convenu — Que le Sous-comité du VIH/SIDA soit autorisé à faire enquête sur les aspects énumérés dans la motion du 3 novembre et, sauf si la Chambre en décide autrement, à convoquer des témoins, à exiger des documents et des dossiers, à se réunir pendant que la Chambre siège et pendant les ajournements, à faire imprimer au jour le jour des documents et témoignages et à faire rapport de ses conclusions et recommandations au Comité permanent.

Il est convenu — Que le Sous-comité prépare un budget et le présente au Comité dans les meilleurs délais.

Il est convenu — Que le Comité passe outre à l'examen de la nomination par décret déposée à la Chambre le 3 novembre dernier et qui lui a été renvoyée.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'examen du mandat relatif à l'étude sur la santé des autochtones du Canada (*voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*).

Pauline Picard propose — Que l'étude du Comité porte sur l'état de santé des autochtones du Canada, incluant la santé mentale, entre autres sur les facteurs socio-économiques et géographiques, et qu'elle détermine des solutions axées sur la collectivité.

Après débat, la motion, mise aux voix à main levée, est adoptée.

Il est convenu — Que les attachés de recherche dressent un plan de travail, dont un calendrier et un itinéraire, que le Comité examinera à sa prochaine réunion.

À 11 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

TUESDAY, NOVEMBER 22, 1994  
(30)

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:15 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Acting Member present:* Pierrette Ringuette—Maltais for Harold Culbert.

*Associate Member present:* Madeleine Dalphond—Guiral.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore and Nancy Miller—Chénier, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to the consideration of its future business and a draft workplan and schedule for its study on mental health of the aboriginal peoples of Canada (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

It was agreed, — That officials from Health Canada be invited to appear on Tuesday, November 29, 1994 at 9:00 a.m. to brief the Committee on the Supplementary Estimates (B) (HEALTH, Votes 1b, 5b, 10b and 25b).

It was agreed, — To discuss the Order of Reference concerning the Decade of the Brain when the Committee next considers its future business.

It was agreed, — That the Terms of Reference for the study on mental health and the aboriginal peoples be as follows:

(a) to consult with Aboriginal peoples (Indians, Inuit and Métis) and others who are knowledgeable about the way Aboriginal people have successfully responded to the various mental health problems emanating from their adverse socio-economic conditions;

(b) to review current Aboriginal community-based approaches or initiatives addressing the issue of mental health, focusing particularly on the various solutions applied by Aboriginal people (Indian, Inuit and Métis); and

(c) to make appropriate recommendations for future action.

It was agreed, — That the workplan for the study on mental health and the aboriginal peoples, prepared by the Research staff be adopted as amended.

It was agreed, — That the first round of community visits be planned for the week of February 13, 1995 and that staff be asked to draft a preliminary travel budget and itinerary.

At 10:20 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, DECEMBER 1st, 1994  
(31)

The Standing Committee on Health met at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Bldg., the Acting-Chair, Pauline Picard, presiding.

LE MARDI 22 NOVEMBRE 1994  
(30)

Le Comité permanent de la santé se réunit à huis clos à 9 h 15, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

*Membre suppléant présent:* Pierrette Ringuette—Maltais remplace Harold Culbert.

*Membre associé présent:* Madeleine Dalphond—Guiral.

*Aussi présentes:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller—Chénier, attachées de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité examine ses travaux à venir ainsi qu'un projet de mandat en vue de l'étude sur la santé mentale des autochtones (*voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*).

Il est convenu — Que les dirigeants de Santé Canada viennent témoigner le mardi 29 novembre, à 9 heures, pour discuter du Budget supplémentaire (B) (SANTÉ, crédits 1b, 5b, 10b et 25b).

Il est convenu d'examiner l'ordre de renvoi relatif à la Décennie du cerveau, la prochaine fois que le Comité discutera de ses travaux.

Il est convenu — Que le mandat relatif à l'étude de la santé mentale des autochtones s'énonce ainsi:

a) consulter les autochtones (Indiens, Inuit et Métis) et des personnes pouvant expliquer comment les autochtones ont réussi à surmonter les problèmes de santé mentale liés à leur condition socio-économique difficile;

b) examiner les différents moyens mis en oeuvre collectivement pour prévenir la maladie mentale, entre autres les solutions apportées par les autochtones eux-mêmes (Indiens, Inuit et Métis);

c) présenter des recommandations.

Il est convenu — Que soit adopté le plan de travail, modifié, relatif à l'étude sur la santé mentale des autochtones.

Il est convenu — Que les premières tournées locales commencent dans la semaine du 13 février 1995 et que les attachés de recherche dressent en conséquence un budget et un itinéraire.

À 10 h 20, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 1<sup>er</sup> DÉCEMBRE 1994  
(31)

Le Comité permanent de la santé se réunit à huis clos à 9 h 10, dans la salle 536 de l'immeuble Wellington, sous la présidence de Pauline Picard (*vice-présidente*).



*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Grant Hill, Pauline Picard, Paul Szabo.

*Acting Members present:* Madeleine Dalphond-Guiral for Michel Daviault; Raymond Bonin for Ovid Jackson.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Bill Murray, Research Officers.

*Witnesses: From Health Canada:* Orvel Marquardt, Director General, Departmental Planning and Financial Administration Directorate; Ken Chernick, Director, Planning, Analysis and Reporting Division. *From the Medical Research Council of Canada:* Guy D'Aloisio, Director of Finance; Dr. Mary Ann Linseman, Acting Director of Programs.

The Order of Reference dated November 2, 1994 relating to the Supplementary Estimates (B) for the fiscal year ending March 31, 1995, being read as follows:

*Ordered,*— That Votes 1b, 5b, 10b and 25b under HEALTH, be referred to the Standing Committee on Health.

By unanimous consent, the Chair called Votes 1b, 5b, 10b and 25b under HEALTH.

Orvel Marquardt and Guy D'Aloisio each made opening statements, and with the other witnesses answered questions.

It was agreed,— That the Committee set aside a future meeting to review the written responses promised by representatives from Health Canada and the Medical Research Council, and to review the Supplementary and Main Estimates process to allow for more effective input from Committee members and more adequate responses from government officials.

It was agreed,— That upon the tabling of an Order of Reference from the House on the Main Estimates (fiscal year 1995-96), referring the Votes under HEALTH, that the Minister and her officials be invited to appear in order to address both financial and program related questions from the Committee.

At 10:45 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Grant Hill, Pauline Picard, Paul Szabo.

*Membres suppléants présents:* Madeleine Dalphond-Guiral remplace Michel Daviault; Raymond Bonin remplace Ovid Jackson.

*Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Bill Murray, attachés de recherche.

*Témoins: De Santé Canada:* Orvel Marquardt, directeur général, Planification ministérielle et administration financière; Ken Chernick, directeur, Planification analyse et rapports. *Du Conseil de recherches médicales du Canada:* Guy D'Aloisio, directeur des finances; Mary Ann Linseman, directrice intérimaire des programmes.

Lecture est donnée de l'ordre de renvoi du 2 novembre 1994, relatif à l'étude du Budget des dépenses supplémentaire (B) pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1995:

*Il est ordonné*—Que les crédits 1b, 5b, 10b et 25b, sous la rubrique SANTÉ, soient renvoyés au Comité permanent de la santé.

Du consentement unanime, le président appelle: crédits 1b, 5b, 10b et 25b, sous la rubrique SANTÉ.

Orvel Marquardt et Guy D'Aloisio font chacun un exposé et, avec les autres témoins, répondent aux questions.

Il est convenu—Que le Comité prévoit une réunion pour examiner les réponses écrites promises par les représentants de Santé Canada et le Conseil de recherches médicales et aussi pour revoir la procédure d'examen des crédits budgétaires, de manière à favoriser la participation effective des membres du Comité et des fonctionnaires.

Il est convenu—Que dès le dépôt de l'ordre de renvoi de la Chambre visant le Budget des dépenses principal pour l'exercice 1995-96, i.e. les crédits sous la rubrique SANTÉ, le Comité invite la ministre et les hauts fonctionnaires pour discuter des programmes et des questions de finances.

À 10 h 45, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*La greffière du Comité*

Nancy Hall

[Texte]

## EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, December 1st, 1994

[Traduction]

## TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 1<sup>er</sup> décembre 1994

● 0909

**La vice-présidente (Mme Picard):** Bonjour aux membres du Comité. J'aimerais souhaiter la bienvenue aux représentants du Conseil de recherches médicales et de Santé Canada. Je vous demanderais de nous faire une brève présentation d'une dizaine de minutes. Auparavant, je demanderais le consentement unanime pour saisir le Comité des crédits 1b, 5b, 10b et 25b.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Good morning Committee members. I would like to welcome representatives from the Medical Research Council and Health Canada. I would invite you to make a short presentation of about 10 minutes. First, I would like unanimous consent to submit to the Committee's consideration votes 1b, 5b, 10b and 25b.

● 0910

Tout le monde est d'accord? Comme on reçoit les témoins ensemble, on pourra entendre leurs présentations et débattre des crédits en même temps.

Monsieur Culbert.

**Mr. Culbert (Carleton—Charlotte):** We're talking about the supplementary estimates and votes. Which numbers again, Madam Chair?

Is there unanimous agreement? Since the witnesses are coming together, we can hear their presentations and consider the votes at the same time.

Mr. Culbert.

**M. Culbert (Carleton—Charlotte):** Nous discutons du budget des dépenses supplémentaires et des crédits parlementaires. Vous-driez-vous répéter le numéro des crédits parlementaires, madame la présidente?

**La vice-présidente (Mme Picard):** Les crédits 1b, 5b, 10b et 25b.

**Mr. Culbert:** It's my understanding we're going to have a presentation by the witnesses on those particular items.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Votes 1b, 5b, 10b and 25b.

**M. Culbert:** Je crois savoir que les témoins feront un exposé sur ces postes de dépenses.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Oui, c'est cela. C'est ce qui avait été entendu lors de la dernière rencontre.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Yes. As per our agreement at the last meeting.

**Mr. Culbert:** Yes.

**M. Culbert:** Oui.

**La vice-présidente (Mme Picard):** On peut donc commencer avec nos témoins. J'aimerais que vous vous présentiez et que vous nous fassiez un bref exposé. Par la suite, les membres du Comité pourront vous poser des questions.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Then, we can start hearing the witnesses. I would invite you to introduce yourselves and make a short presentation. Afterwards, committee members will have an opportunity to ask you questions.

**M. Orvel Marquardt (directeur général, Planification ministérielle et administration financière, Santé Canada):** Merci beaucoup.

**Mr. Orvel Marquardt (Director General, Departmental Planning and Financial Administration, Health Canada):** Thank you very much.

First of all, could I start, *Madame la présidente*, by introducing Mr. Ken Chernick as well from Health Canada, Guy D'Aloisio from MRC, and Mary Ann Linseman from MRC. I'll be talking exclusively about Health Canada, and our colleagues on the far right will be discussing MRC.

Tout d'abord, madame la présidente, j'aimerais vous présenter messieurs Ken Chernick, lui aussi de Santé Canada, et Guy D'Aloisio et M<sup>me</sup> Mary Ann Linseman, tous deux du CRM. Je parlerai exclusivement de Santé Canada et nos collègues, à l'extrême droite, parleront du CRM.

These supplementary estimates do not constitute additional or unforeseen expenditures. Indeed, several of the items have already received cabinet approval and all have received Treasury Board approval before being included in the supplementaries. They represent amounts that are well within the limits for planned spending for the current fiscal year, as set out in Finance Minister Paul Martin's recent fiscal and economic updates. As I said, several of the items have received cabinet approval.

Ce budget des dépenses supplémentaire ne représente pas des dépenses supplémentaires ou imprévues. En effet, plusieurs de ces postes de dépenses ont déjà reçu l'approbation du Cabinet et celle du Conseil du Trésor avant de figurer au budget supplémentaire. Les sommes en question sont bien en-deçà des dépenses prévues dans l'exercice financier courant telles que les a exposé le ministre des Finances M. Paul Martin lors de ses récentes mises à jour budgétaires et économiques. Comme je l'ai dit, plusieurs de ces postes ont déjà été approuvés par le Cabinet.

The remaining items we have in the supplementary estimates are for reprofiling of resources. That means moving money from one fiscal year to the next for various reasons, such as the Winnipeg lab. We have to move money from one year to the next because of construction delays.

Les postes qui figurent encore dans le budget supplémentaire sont en fait des fonds reportés. C'est-à-dire que l'on a réinscrit, pour diverses raisons, des fonds au budget de l'exercice suivant. Par exemple, c'est ce que l'on a dû faire dans le cas du laboratoire de Winnipeg dont la construction a connu des retards.



## [Text]

There's another item in our supplementary estimate which is by far the greatest, and that is the transfers under the Established Programs Financing Act for the health care transfers. That amounts to over \$600 million. That being a statutory item, it is included in estimates for visibility, for announcing to Parliament that we are indeed making those changes, and I can say more a little later on, if you wish, about how those transfers are calculated.

The supplies to all of these items in the supplementaries could not be included in the 1994-95 main estimates, which are tabled about March in the House, because they received approval after that time. Therefore, we have to go to Parliament now with supplementary estimates to get formal approval and get them into our votes. Those are the votes you talked about for our department.

I think that's all I'll say at the moment. I'll leave it for your questions and turn the floor over to Guy from MRC.

**Mr. Guy D'Aloisio (Director of Finance, Medical Research Council):** The Medical Research Council has one item in the supplementary estimates. It is for phase two of the networks of centres of excellence program. These two were approved both by cabinet and by Treasury Board, and the approval didn't come until after the main estimates in our case as well.

It is one item, phase two. The first phase was a \$240 million program. This relates to the renewal of these networks. Most of the money for that whole program is taken by NSERC, the National Sciences and Engineering Research Council of Canada, but MRC administers five of them. This item is for phase two, which is the renewal of the initial five that were initially approved about four or years ago. New ones are going to be approved through a competition process shortly. This is just one item for our five networks for this year.

• 0915

I should say that Mary Ann Linseman works in that program. Both she and I can answer to any other details or questions you may have on it. That's it.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Merci. Monsieur Szabo.

**Mr. Szabo (Mississauga South):** You're going to make us work this morning, aren't you? I must admit that this is the first time I've heard changing moneys around described as "reprofiling".

This raises a flag with me. I want you to tell me a little bit more about reprofiling, about moving moneys from one year to another. When you start talking about one budgeted period and another, what real effect that has hasn't been discussed yet.

**Mr. Marquardt:** If we talk in particular about the one item that we have in the supplementary estimates on the Winnipeg lab, we had received approval for the construction of that lab. The approval covered the entire construction cost over whatever period of years. We have the details if you wish, but it's probably several years.

## [Translation]

Le poste le plus important du budget supplémentaire, et de loin, est représenté par les versements aux termes de la Loi sur les accords fiscaux au titre des services de santé. Il s'agit en effet d'une somme supérieure à 600 millions de dollars. Comme il s'agit d'un poste de dépenses législatif, il figure dans le budget pour être mis en évidence et attirer l'attention du Parlement sur le fait que nous apportons les changements. Je pourrai vous expliquer avec plus de détails plus tard, si vous le souhaitez, le mode de calcul de ces paiements de transferts.

On n'a pas pu inclure dans le budget des dépenses principal de 1994-1995 les crédits destinés à tous les postes de dépenses qui figurent ici. En effet, le budget principal est déposé en mars à la Chambre et ces postes n'ont été approuvés qu'après coup. C'est pourquoi nous devons présenter un budget supplémentaire au Parlement aujourd'hui pour faire approuver l'incorporation de ces dépenses à nos crédits parlementaires. Il s'agit des crédits dont vous parliez tout à l'heure à propos de notre ministère.

C'est tout ce que j'ai à dire pour le moment. Je vais vous laisser la possibilité de me poser des questions et je vais céder la parole à mon collègue Guy du CRM.

**M. Duy D'Aloisio (directeur des Finances, Conseil de recherches médicales):** Le Conseil de recherches médicales n'a qu'un poste de dépenses dans le budget des dépenses supplémentaire. Il s'agit des subventions destinées à la deuxième phase du programme de réseaux de centres d'excellence. Ces subventions ont été approuvées par le Cabinet et le Conseil du Trésor mais cette approbation ne nous a été donnée dans notre cas qu'après le dépôt du budget des dépenses principal.

Il s'agit d'un poste, la phase deux. La première phase est un programme de 240 millions de dollars. Il s'agit du renouvellement de ces réseaux. La plus grande partie de cette affectation va au CRSNG, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie, mais le CRM administre cinq d'entre eux. Ce poste représente la deuxième phase, c'est-à-dire le renouvellement des cinq qui avaient été approuvés il y a environ quatre ans. De nouveaux seront approuvés sous peu à la suite d'une épreuve. Il n'y a qu'un seul poste pour les cinq réseaux cette année.

C'est Mary Ann Linseman qui travaille pour ce programme. Elle et moi pouvons répondre à vos questions, si vous en avez. Voilà.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Thank you. Mister Szabo.

**M. Szabo (Mississauga-Sud):** Vous avez décidé de nous faire travailler ce matin, n'est-ce pas? C'est la première fois en effet que j'entends décrire en anglais par «reprofiling» le report de fonds.

Cela me met la puce à l'oreille. J'aimerais que vous me parliez un peu plus de ces reports de fonds d'un exercice à l'autre. On n'a pas encore vraiment discuté des effets réels de ces reports d'un exercice à un autre.

**M. Marquardt:** Dans le cas du poste relatif au laboratoire de Winnipeg, la construction avait déjà été approuvée. Toutes les dépenses de construction échelonnées sur le nombre d'années nécessaires ont été approuvées. J'ignore les détails, mais cela s'étend sans doute sur plusieurs années.



## [Texte]

What has happened is that we have found we were unable to spend all the money we had in 1993 for 1993-94 because of construction delays. What we're asking in these supplementaries is to move that money forward into 1994-95.

Indeed, the reprofiling for the Winnipeg lab covers moving money from 1993-94 to 1994-95 and into 1995-96, and pulling some money back from the last year of approval, 1996-97, into 1994-95 and 1995-96 as well. The anticipated construction is slower now, but it is anticipated that it will speed up as the project is moving. All the money that was approved for 1996-97 will not be needed, so it can be moved back.

**Mr. Szabo:** Okay, so if there is nothing else that Health Canada is spending money on except this particular project, effectively what happens is that we're moving forward appropriated funds from a prior year to the next year. You couldn't reasonably anticipate or determine how much that might have been when the 1994-95 budget was being put together, so we're coming forward now because we now have final reports on the status at the end of the parafiscal period, and approved programs will be completed.

**Mr. Marquardt:** Exactly. And the main point is that there is no new money. It's just moving it from one fiscal year to the other.

**Mr. Szabo:** It's so easy to do.

I have just one other quick question. In the prenatal nutrition program, which was a very high-profile program during the election campaign of the government, we're looking at spending \$4.9 million in 1994-95. Has any of that money been spent yet?

**Mr. Marquardt:** Yes, some of it indeed has been. It is just barely getting started, as you know, because we've just recently received approval for that particular program. We don't have the expenditures to date, but if you wish, I could find out that information and let you know what it is as of today.

**Mr. Szabo:** But ostensibly we have not made any major commitment to that program yet.

**Mr. Marquardt:** When you say commitments, yes, commitments in terms of striking the partnership deals with the partners and so on and in terms of negotiating some arrangements probably will be well under way. But at this time they have not been included, if you like, in the financial system for the department, nor have they indeed been paid out.

**Mr. Szabo:** This means that given the time of year, it is very likely that in terms of the \$4.9 million commitment, this program as well is going to go beyond the end of the 1994-95 fiscal period.

• 0920

**Mr. Marquardt:** I would venture to say, no, it probably will not because of the high profile and because of the discussion surrounding that particular program. The numbers were changed several times throughout the course of those discussions. I would think the numbers we have included in these supplementaries are going to be very good and very close to the actual expenditures they will incur for this year.

## [Traduction]

Or, des retards dans la construction nous ont empêchés de dépenser les sommes prévues pour l'exercice 1993-1994. Dans le budget des dépenses supplémentaire, nous demandons l'autorisation de reporter ces fonds à l'exercice 1994-1995.

De fait, dans le cas du laboratoire de Winnipeg, le report se fait de 1993-1994 à 1994-1995 et 1995-1996; une partie des dépenses approuvées pour la dernière année, 1996-1997, est ramenée à la fois en 1994-1995 et en 1995-1996. Les travaux progressent plus lentement à l'heure actuelle mais l'on prévoit rattraper le retard. Les fonds approuvés pour 1996-1997 ne seront pas nécessaires et peuvent donc être ramenés.

**M. Szabo:** D'accord. Donc, si Santé Canada n'a pas d'autres dépenses que ce chantier, on ne fait que reporter des fonds alloués au prochain exercice. Vous ne pouviez pas savoir de quelle somme il s'agirait lorsque le budget de 1994-1995 a été préparé et vous vous présentez aujourd'hui parce que nous savons où nous en sommes à la fin de la période prébudgétaire, au moment où l'on achèvera les programmes approuvés.

**M. Marquardt:** Précisément. L'important, c'est qu'il ne s'agit pas de nouveaux crédits. Il s'agit uniquement d'un report d'un exercice à l'autre.

**M. Szabo:** C'est si facile à faire.

J'ai une autre courte question. Le Programme canadien de nutrition prénatale, dont on a beaucoup parlé pendant la campagne électorale a un budget de 4,9 millions de dollars pour 1994-1995. A-t-on déjà dépensé une partie de cet argent?

**M. Marquardt:** Oui, une partie. Le programme vient à peine d'être mis en route, comme vous le savez, puisque nous venons tout juste de recevoir l'approbation nécessaire. Je n'ai pas le chiffre des dépenses cumulatives à ce jour, mais si vous le souhaitez, je pourrais trouver le renseignement et vous le communiquer jusqu'à la date d'aujourd'hui.

**M. Szabo:** Mais en tout cas, nous n'avons pas encore pris d'engagement important à propos de ce programme.

**M. Marquardt:** Cela dépend de ce que vous entendez par engagement. Nous avons déterminé les modalités d'association avec nos partenaires et j'imagine que les négociations sont en bonne voie. Ces engagements ne figurent toutefois pas dans le système financier du ministère et les sommes n'ont pas été versées.

**M. Szabo:** Comme l'année est avancée, il est bien probable que cette affectation de 4,9 millions de dollars sera elle aussi reportée après l'exercice financier de 1994-1995.

**M. Marquardt:** Je ne crois pas, à cause de toute l'attention que reçoit ce programme et des discussions dont il fait l'objet. Les chiffres ont beaucoup fluctué tout au long des discussions. Ceux qui figurent dans le budget supplémentaire sont solides et très proches des dépenses réelles qui seront engagées au cours de l'exercice actuel.

## [Text]

**Mr. Szabo:** I was hoping you were going to say yes. I was hoping at least \$1, because I wanted to ask about the propriety of making provisions within the budget for timing differences year over year, whether it's equivalent to professional work in process or accrued liabilities or whatever it might be. There are things we know are going to transcend fiscal periods.

To have to come back to rejustify all these good things, it would be interesting to see the net, because obviously at the beginning of the year we had items carried forward from a prior year. We are also probably going to carry things from this current fiscal year to the next on a net basis. It's not going to make a major difference to the overall budget.

**Mr. Marquardt:** You raise a very good point. The challenge or problem you've outlined has certainly been recognized by the Treasury Board. They are looking at making changes to the total expenditure management system. We don't know what those changes will be, but hopefully the net outcome will be to give you better information on the total estimates of a department and to allow, I would hope, departments to carry forward this money from one fiscal year to another. This is, of course, provided the total program has been approved by cabinet and the money has been voted, and then we should have some flexibility.

There are many cases where we do have—I shouldn't say many. There are a few cases every year where we do have to reprofile, and sometimes, as in the case of the Winnipeg lab, it's moving money forward to 1994-95 from 1993-94 and also taking some money from 1996-97 and bringing that back as well. You don't see that at this point in time. All you see is what we're moving for the current year in the supplementary estimates.

**Mr. Szabo:** Exactly.

**Mr. Marquardt:** So hopefully with the changes they will be making to the expenditure management system, some of this will be more visible.

**Mr. Szabo:** Has there ever been a case where a program that was commenced in one fiscal period and necessarily had to go forward to another was disrupted or delayed until approvals of the reprofiling were received, or would it be allowed to go forward since the program had received cabinet and Treasury Board approval previously?

**Mr. Marquardt:** I would say it's the former. In some cases there have been delays, because what we say to our program managers as financial managers is, look, you have not yet received the approval for this particular item from Parliament, and therefore if you're getting close to what you have committed and you need more and you're counting on this money coming forward, you had better start slowing up a bit, because if Parliament decides not to approve that particular item you don't have the money to cover it.

**Mr. Szabo:** I have one last question. What question were you hoping I wouldn't ask you?

## [Translation]

**M. Szabo:** J'espérais que vous alliez dire oui, que vous alliez me dire qu'au moins 1\$ allait être reporté parce que je voulais vous demander s'il est vraiment admissible de constituer une provision dans le budget pour des reports annuels, que ce soit pour des travaux professionnels en cours ou une charge à payer. Nous savons que certaines dépenses chevaucheront forcément plusieurs exercices budgétaires.

Il serait bon d'avoir à justifier à nouveau toutes ces dépenses et de voir quelles sont les dépenses nettes puisque de toute évidence au début de l'exercice, certains postes sont reportés de l'exercice précédent. Nous allons sans doute aussi reporter de l'exercice actuel au prochain d'autres dépenses, si l'on fait le calcul net. Cela ne fera pas de grandes différences sur l'ensemble du budget.

**M. Marquardt:** Vous avez tout à fait raison. D'ailleurs, le Conseil du Trésor est conscient de cette difficulté et étudie des changements à apporter au système de gestion des dépenses. Nous ignorons quels seront ces changements mais nous espérons qu'ils nous permettront de vous donner de meilleurs renseignements sur les dépenses globales d'un ministère et permettront, j'espère, aux ministères de reporter ces sommes d'un exercice à l'autre. C'est-à-dire, évidemment, à la condition que le programme dans son ensemble ait été approuvé par le Cabinet et que les crédits aient été votés. Cela nous donnerait alors une certaine souplesse.

Dans un grand nombre de cas, enfin je ne devrais pas dire un grand nombre, —mais chaque année, il y a un certain nombre de cas où il faut reporter les fonds et parfois, dans le cas du laboratoire de Winnipeg par exemple, les dépenses sont reportées de 1993-1994 à 1994-1995 et ramenées de 1996-1997. Actuellement, cela ne se voit pas. Vous ne voyez que le report de l'exercice actuel dans le budget supplémentaire.

**M. Szabo:** Effectivement.

**M. Marquardt:** C'est pourquoi j'espère qu'avec les changements qui seront apportés au système de gestion des dépenses, une plus grande partie de ces opérations seront visibles.

**M. Szabo:** Est-il déjà arrivé qu'un programme entrepris dans un exercice budgétaire a dû être reporté au suivant et qu'il a fallu l'interrompre ou le retarder jusqu'à ce que le report de fonds soit approuvé? Est-ce que, au contraire, le programme serait maintenu puisqu'il avait déjà reçu l'approbation du Cabinet et du Conseil du Trésor?

**M. Marquardt:** C'est le premier cas de figure qui s'applique. Dans certains cas, il y a eu des retards parce que nous disons à nos gestionnaires de programmes et à nos administrateurs que s'ils ont dépensé la quasi-totalité de leurs budgets et n'ont toujours pas reçu l'approbation du Parlement pour les nouvelles dépenses, il ne faut pas compter sur cet argent et qu'il vaut mieux ralentir car si le Parlement ne donne pas son approbation vous serez à court d'argent.

**M. Szabo:** Je voudrais vous poser une dernière question. Quelle question espériez-vous que je ne vous pose pas?



[Texte]

**Mr. Marquardt:** I was hoping you wouldn't ask a question on how and why for the benefits of each of the programs, because I would have to defer those questions to the program people. I can answer your technical questions about supplementaries and the process, but I would have to defer the content questions to the program people.

Merci, madame la présidente. J'ai terminé.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Thank you.

**Mr. Hill (Macleod):** I would like to start off with a generic question. We will go to page 3 in the estimates, where I see a number of fairly large programs that have \$1 added to them, and in some cases \$2 and \$4. Could you explain to me why that's necessary?

**Mr. Marquardt:** You're probably looking at Health Canada at the moment.

**Mr. Hill:** The program overall. It's a generic question.

**Mr. Marquardt:** If there is an amount that is moved and we do require parliamentary approval on that particular item, and there is no new money involved, that could be the case for a \$1 item. It's to show there is money involved, but no new money. It's to seek the authority of Parliament.

• 0925

I'll give you an example of ours. We have a grant to the National Cancer Institute of Canada for \$2 million. That's money we already have in our base and we're coming to Parliament to establish this as a grant program, whereas in the past it was a contribution program. Because we're moving money from a contribution to a grant, we're showing it here. But in some cases that is not required and therefore Treasury Board says we show a \$1 item only to have it show in the estimates and to acquire parliamentary approval.

**Mr. Hill:** I'm no accountant, but when I see an \$11 billion figure raised by \$2, I think somehow our accounting system is mixed up. I want to say that as a generic comment.

I want to let you know that what I'm trying to do as I review these is to learn. I'm not an accountant. I'm not a financial individual. I'm learning, and I'm looking for fiscal responsibility in this department. I wanted to first say that.

We talked about a big figure here of \$600 million, which is a figure that is going for EPF towards the provinces. That's approximately 10% of the amount that does in fact go to the provinces.

EPF is a twofold component. The tax points, on the one side, are going up. The cash component is going down. Every single province says to me that very same thing, that the cash contribution is going down. I need to have an explanation for a 10% increase in those funds—this is cash—because that doesn't compute at all with what every province is telling me is happening.

**Mr. Marquardt:** I cannot explain that to you today. EPF transfers are calculated by the Department of Finance. Those numbers are provided to us to make the transfers. Our responsibility is the management of the Canada Health Act. I can, though, go to the Department of Finance and get that information for you.

[Traduction]

**M. Marquardt:** J'espérais que vous ne me demanderiez pas des explications sur les avantages de chacun des programmes car il faudra pour cela que je demande aux spécialistes de répondre. Je peux répondre à vos questions de nature technique sur le budget des dépenses supplémentaire et sa préparation mais, sur le fond, il faudra poser les questions à ceux qui travaillent pour le programme.

Thank you, Mrs. Chair. I am done.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Merci.

**M. Hill (Macleod):** J'aimerais commencer par une question d'ordre général. Reportez-vous à la page 3 du budget supplémentaire. Un certain nombre de programmes assez importants sont majorés d'une somme de 1, 2 ou 4\$. Pourquoi?

**M. Marquardt:** Il s'agit probablement du budget de Santé Canada.

**M. Hill:** Non. C'est une question de nature générale pour l'ensemble du programme.

**M. Marquardt:** Une somme de 1\$ peut être ajoutée si la somme en question exige l'approbation du Parlement et s'il ne s'agit pas de nouveaux fonds. C'est pour indiquer que des sommes sont en jeu mais qu'il ne s'agit pas de nouveaux crédits. C'est pour obtenir l'approbation du Parlement.

Je vais vous donner un exemple chez nous. Nous versons une subvention de 2 millions de dollars à l'Institut national du cancer du Canada. Cette somme figure déjà dans notre budget de base et nous nous adressons au Parlement pour convertir en subventions ce qui était une contribution. Comme il s'agit d'une conversion, cela figure ici. Dans certains cas, toutefois, ce n'est pas nécessaire et le Conseil du Trésor nous demande d'ajouter cette somme de 1\$ pour que cela figure dans le budget et obtenir l'approbation du Parlement.

**M. Hill:** Je ne suis pas un comptable, mais quand je vois une somme de 11 milliards de dollars augmenter de 2\$, je me dis que la comptabilité est détraquée. C'est une observation de nature générale.

J'essaie d'apprendre. Je ne suis pas un comptable ni un spécialiste des finances. J'examine les chiffres et je cherche des signes de responsabilité financière au ministère. Je voulais d'abord le dire.

On a parlé du chiffre de 600 millions de dollars en paiements de transfert aux provinces. Cela représente environ 10 p. 100 des sommes versées aux provinces.

Les accords fiscaux couvrent deux choses. Les points d'impôt, eux, montent. En contrepartie, la contribution pécuniaire baisse. Toutes les provinces me disent la même chose: que la contribution pécuniaire est en train de baisser. J'aimerais qu'on m'explique pourquoi la contribution pécuniaire monte de 10 p. 100 parce que cela ne cadre pas du tout avec ce que me disent les provinces.

**M. Marquardt:** Je ne peux pas vous l'expliquer aujourd'hui. Ces transferts sont calculés par le ministère des Finances. On nous donne ces chiffres pour que nous nous chargions des versements. Notre tâche est d'appliquer la Loi canadienne sur la santé. Je peux toutefois m'adresser au ministère des Finances et vous obtenir le renseignement.



## [Text]

**Mr. Hill:** Let me make a very specific request then. First, Canada's population has not gone up 10%. Second, the calculation is one that has not changed under this administration. It's been frozen. Third, it's very obvious that as the economy picks up and the tax transfers go up—because this is a twofold component—the cash is going down.

So we're either talking about a dreadful mistake in the initial estimates, or we're talking about something here that I completely misunderstand. It's a very important issue. It's a lot of loot, for one thing. The provinces say that they're not getting more cash.

**Mr. Marquardt:** A partial reply to this is that the payments we're making in this current year under EPF can cover adjustments for prior years. I believe they can go back about two years. So there may be... I wouldn't call it an error but perhaps a lower estimate of population, or GDP, or CPI, whatever the factors are for that particular program that they are now adjusting for.

**Mr. Hill:** A big adjustment.

**Mr. Marquardt:** Yes.

**Mr. Hill:** In general, I hope the rest of the committee are interested in this, not just myself, because it is a very significant amount of money and it's one of the complaints that are coming from the provinces. They say, over and over again, the federal government is transferring fewer dollars to us in terms of cash. The figures I've heard indicate that for the have provinces we're going to have no cash in the year 2005. It's very important.

The second issue—if we go to page 37—is when I see a word like “information”, with a bill of \$7 million on it... If I were an accountant and I put down “information”—that's a term that's very undefined. I need to know more information about the designation “information”. I believe \$7 million is too much money to have just... Do you see where I am?

**Mr. Marquardt:** Yes.

**Mr. Hill:** I am right at the top, objects of expenditure, third line down.

**Mr. Marquardt:** That's \$6.9 million.

**Mr. Hill:** Yes, \$6.988 million.

**Mr. Marquardt:** Mr. Chernick can give you the definition of information. I can tell you what is in that particular, as we would call it, reporting object by the various items that we have in supplementary estimates.

• 0930

There is approximately \$6.6 million in information for the tobacco demand reduction strategy. So that is by far the biggest items in there. There's a little bit for prenatal, the blood inquiry, AIDS and the Great Lakes. However, it's mainly for the tobacco demand reduction strategy. Those will be the information campaigns addressed to younger smokers and whomever is being targeted through the tobacco demand reduction strategy.

## [Translation]

**M. Hill:** Dans ce cas, laissez-moi vous demander quelque chose de très précis. Tout d'abord, la population du Canada n'a pas augmenté de 10 p. 100. Deuxièmement, la formule de calcul n'a pas changé sous le nouveau gouvernement. C'est la même. Troisièmement, il est évident qu'avec la reprise de l'économie et la majoration des points d'impôt, puisque l'un ne va pas sans l'autre, c'est la contribution pécuniaire qui baisse.

Dans ce cas, il s'agit ou bien d'une énorme bévue dans la préparation du budget ou de quelque chose qui m'échappe tout à fait. C'est quelque chose de très important. Pour commencer, c'est une somme coquette. Les provinces disent que la contribution pécuniaire n'augmente pas.

**M. Marquardt:** Un élément de réponse, c'est que les paiements que nous versons dans l'exercice courant, aux termes des accords fiscaux, peuvent s'appliquer à des redressements pour les années antérieures. Je pense qu'elles peuvent revenir deux ans en arrière. Il se peut donc... je ne dirais pas que c'est une erreur mais peut-être avait-on une estimation inférieure à la réalité du nombre d'habitants, du PIB ou de l'IPC, enfin tous les facteurs qui autorisent un redressement dans ce programme.

**M. Hill:** Tout un redressement.

**M. Marquardt:** Oui.

**M. Hill:** J'espère que les autres membres du Comité s'intéressent aussi à cette question car il s'agit d'une somme très importante et d'une des doléances des provinces. Elles le répètent constamment, le gouvernement fédéral réduit sans cesse sa contribution pécuniaire. D'après mes chiffres, les provinces nanties ne toucheront aucune contribution pécuniaire en l'an 2005. C'est très important.

La deuxième question, si voulez bien vous reporter à la page 58: quand je vois un mot comme «information» avec une facture de 7 millions de dollars... Si un comptable mettait sous la rubrique information... c'est très vague. Il faut justement que j'en sache davantage sur ce que l'on entend par «information». Je trouve que 7 millions de dollars c'est beaucoup d'argent... Vous savez où je suis?

**M. Marquardt:** Oui.

**M. Hill:** C'est en haut, sous la rubrique articles de dépenses, à la troisième ligne.

**M. Marquardt:** Le chiffre de 6,9 millions de dollars.

**M. Hill:** Oui, 6,988 millions de dollars.

**M. Marquardt:** M. Chernick peut vous dire ce que l'on entend par information. Je peux vous dire ce que comporte précisément ce que nous appelons cet article de rapport et vous énumérer les divers postes de dépenses qui figurent dans le budget supplémentaire.

Il y a environ 6,6 millions de dollars en information pour la stratégie de réduction de la demande tabagique. Ce sont donc de loin les principales dépenses prévues au budget. Il y a le Programme canadien de nutrition prénatale, l'enquête sur le sang, le SIDA et le Plan d'action des Grands Lacs. Cependant, c'est surtout pour la stratégie de réduction de la demande tabagique. Il s'agit des campagnes de formation qui s'adressent aux jeunes fumeurs et à ceux que vise la stratégie de réduction de la demande tabagique.

[Texte]

**Mr. Hill:** Why would that not go in the specific category that it would refer to? When you look down at the tobacco demand reduction strategy you'll see \$25.9 million. You have to search all through the estimates to look for other mechanisms that might relate, so why would that not be broken down as a component for the tobacco demand reduction strategy?

**Mr. Marquardt:** You raise a good question. I'd just refer you back to my previous response to Mr. Szabo. The Treasury Board is looking at making changes to the estimates and to the whole expenditure management system. I would hope that better disclosure would come out of those changes they're anticipating.

**Mr. Hill:** I hope that would be a recommendation that would come from a confused member of the health committee and possibly from a deputy of the department.

I have one other question that relates to, once again, fiscal responsibility. I don't see any program anywhere in these estimates that's coming in under budget. I don't see anything that looks as if somebody said we saved a significant amount of money.

Could I expect that in the future? Am I wrong? Am I missing saving somewhere in these estimates?

**Mr. Marquardt:** There are items that are not visible in here that are savings or that we're using to offset some of the demands that we have in the supplementary estimates.

I'll give you an example. There's an item in the supplementary estimates that refers to additional operating costs of \$262,000. You'll find that on page 36 in the middle where it says "explanation of requirement". It says that the additional operating cost is \$262,000. That is an amount made up of new costs for our department for the Krever inquiry, which is offset by an amount that our department had to take out of its budget for savings to pay for the Krever inquiry. So although we required new moneys to prepare our defence and do the research required by Justice Krever, the Treasury Board also took \$1 million out of our budget to give to the Krever commission, which has a projected cost of \$14 million, I believe.

**Mr. Hill:** This isn't included in these documents, but the Auditor General, in his last report, identified a very specific program in health, which is the non-insured health benefits to natives. He said \$85 million of that program was poorly spent, unaccounted for, and had no legislative mandate. He had a number of criticisms. I am very interested to know what has happened in the department to address his concerns for that \$85 million.

[Traduction]

**M. Hill:** Pourquoi est-ce que cela n'entrerait pas dans la catégorie spécifique à laquelle cette dépense correspond? Si on regarde la stratégie de réduction de la demande tabagique, le chiffre qui correspond est 25,9 millions de dollars. Il faut chercher dans tout le budget des dépenses principal pour trouver d'autres mécanismes qui s'y rapportent, alors pourquoi ne retrouverait-on pas cette dépense sous la stratégie de la réduction de la demande tabagique?

**M. Marquardt:** Vous soulevez une bonne question. Je vous demanderais de vous reporter à la réponse que j'ai donnée tout à l'heure à M. Szabo. Le Conseil du Trésor envisage la possibilité d'apporter des changements au budget des dépenses principal et à tout le système de gestion des dépenses. J'espère que les changements envisagés permettront d'améliorer la divulgation.

**M. Hill:** J'espère que c'est une recommandation qui pourrait être faite par un membre désorienté du Comité de la santé et peut-être par un haut fonctionnaire du ministère.

J'ai une autre question qui porte encore une fois sur la responsabilité fiscale. Dans le budget principal des dépenses, je ne vois nulle part de programmes dont les dépenses seraient moins élevées que les dépenses prévues. Je ne vois pas quoi que ce soit indiquant que nous avons épargné un montant d'argent important.

Puis-je m'attendre à une telle chose à l'avenir? Est-ce que je me trompe? Y a-t-il quelque chose qui m'échappe dans ce budget des dépenses principal?

**M. Marquardt:** Il y a ici des articles qui ne sont pas visibles mais qui représentent des économies et que nous utilisons pour compenser certaines des demandes que nous avons dans le budget des dépenses supplémentaire.

Permettez-moi de vous donner un exemple. Il y a un poste dans le budget des dépenses supplémentaire qui se rapporte à des dépenses de fonctionnement de 262 000\$. Cela se trouve au milieu de la page 41 sous la rubrique «explication de la différence». On dit que les dépenses additionnelles de fonctionnement s'élèvent à 262 000\$. Ce montant comprend des nouvelles dépenses pour notre ministère pour l'enquête Krever, montant qui est compensé par une somme que notre ministère a dû aller chercher à même son propre budget afin de payer pour l'enquête Krever. Donc, même si nous avions besoin de nouveaux fonds pour préparer notre défense et faire la recherche requise par le juge Krever, le Conseil du Trésor a pris en plus un million de dollars à même notre budget pour donner à la commission Krever, qui a des dépenses prévues de 14 millions de dollars, je crois.

**M. Hill:** Ce n'est pas dans ces documents, mais dans son dernier rapport, le vérificateur général a parlé d'un programme très spécifique dans le domaine de la santé, c'est-à-dire le remboursement des services non assurés aux autochtones. Il a dit que dans le cadre de ce programme, une somme de 85 millions de dollars était mal dépensée, non justifiée et n'avait pas de mandat législatif. Il a formulé un certain nombre de critiques à l'égard de ce programme. J'aimerais beaucoup savoir ce qu'a fait le ministère pour répondre aux préoccupations du vérificateur général au sujet de ces 85 millions de dollars.



## [Text]

**Mr. Marquardt:** Certain measures have been taken to address those concerns, but I would defer that question to the program person. I can get a detailed description of what they have done to implement those recommendations of the Auditor General.

**Mr. Culbert:** Good morning, lady and gentlemen. It's good to have you with us.

I'm certainly most interested in this and in following the line that Dr. Hill took in particular areas. I'm looking at that tobacco demand reduction strategy and your request for some \$35 million in this current fiscal year for that. I have a number of questions relative to that.

We know those five specific areas that were to be targeted from this. I notice that one of those main items is some \$26 million, which represents operating expenditures. I'm not sure what you mean by operating expenditures if you're targeting funds for the reduction of the use of tobacco. I wonder how you get operating expenditures from the major portion of that, if I'm understanding it correctly—maybe I'm not.

• 0935

There's another point with that. I wonder what portion of that \$35 million is going toward the plain packaging presentation that's steady and ongoing. Is there a portion included in that total? Perhaps you might address those questions relative to that. I just don't comprehend how that comes in and how that plays a major part.

**Mr. Marquardt:** First, we have three votes for our department. One is operating, one is capital, and one is grants and contributions.

The operating component includes all moneys that we spend directly. That could be a contract to develop an advertising campaign under the tobacco strategy. That would be called operating money.

It's not administration. Although there is an administration component in that tobacco demand reduction strategy, I don't know what it is, but it's a minimal amount. It just happens that the categorization of these estimates say that this is part of operating money. When we make a contribution or a grant to an organization to do research, whether it's a school board, hospital, university, or whatever, that is under a different vote, and that's called a grant or a contribution. The capital is for building buildings and that doesn't pertain to this tobacco strategy.

Operating is all-inclusive. This happens when we actually spend the money as opposed to transferring it to a second party under a grant or contribution for them to do something on our behalf.

## [Translation]

**M. Marquardt:** Certaines mesures ont été prises pour répondre à ces préoccupations, mais je poserais la question à la personne qui est responsable du programme. Je peux obtenir une description détaillée de ce qui a été fait pour donner suite aux recommandations du vérificateur général.

**M. Culbert:** Bonjour, madame et messieurs. Bienvenus à notre Comité.

La stratégie de réduction de la demande tabagique est une question qui m'intéresse beaucoup et j'ai écouté avec attention les questions que le Dr. Hill vous a posées à ce sujet. Au cours du présent exercice financier, vous demandez quelques 35 millions de dollars pour cette stratégie. J'ai plusieurs questions à vous poser à cet égard.

Nous connaissons les cinq domaines spécifiques que devait cibler cette stratégie. Je remarque que l'un de ces principaux postes s'élève à quelques 26 millions de dollars, et il représente les dépenses de fonctionnement. Je ne sais pas exactement ce que vous entendez par dépenses de fonctionnement si vous ciblez des fonds pour la réduction de l'usage du tabac. Je me demande comment vous obtenez des dépenses de fonctionnement pour cela, si j'ai bien compris—mais peut-être ai-je mal compris.

Il y a un autre point également à ce sujet. Je me demande quel pourcentage de ces 35 millions de dollars est consacré à la présentation de la banalisation des emballages qui est régulière et permanente. Y a-t-il un pourcentage compris dans ce total? Peut-être pouvez-vous répondre à ces questions, mais je ne comprends tout simplement pas ce que cela a à voir là-dedans et comment cela peut être un élément important.

**M. Marquardt:** Tout d'abord, nous avons trois crédits pour notre ministère. Il y a le crédit pour les dépenses de fonctionnement, un crédit pour les dépenses en capital et un crédit pour les subventions et contributions.

Les dépenses de fonctionnement comprennent tout l'argent que nous dépensons directement. Il peut s'agir d'un contrat pour mettre sur pied une campagne de publicité dans le cadre de la stratégie de réduction de la demande tabagique. Il s'agira alors de dépenses de fonctionnement.

Ce n'est pas l'administration. Même s'il y a un élément administration dans la stratégie de réduction de la demande tabagique, je ne sais pas quel en est le montant, mais il n'est pas très élevé. C'est tout simplement que dans le budget des dépenses principal, on dit que cela fait partie des dépenses de fonctionnement. Lorsque nous faisons une contribution ou que nous accordons une subvention à un organisme pour faire de la recherche, qu'il s'agisse d'un conseil scolaire, d'un hôpital, d'une université ou autre, cela se fait par un crédit différent, qu'on appelle une subvention ou une contribution. Les dépenses en capital servent à construire des immeubles et n'ont rien à voir avec cette stratégie de réduction de la demande tabagique.

Les dépenses de fonctionnement comprennent tout. C'est ce qui arrive lorsque nous dépensons en fait l'argent plutôt que de le transférer à une autre partie sous forme de contribution ou de subvention pour qu'elle fasse quelque chose pour nous.



[Texte]

To answer your second question, yes, this includes plain packaging costs in terms of whatever costs were predicted originally for that in the total approval—for our department at least—of about \$187 million for tobacco over that three and a half years. I don't know how much it is, but if you like, I can find out for you.

**Mr. Culbert:** I think it would be prudent for us to know that.

When those announcements were made by the minister last spring, in conjunction with the changes that were made in February as well, there was going to be a tax on the manufacturers for this particular cause. It was going to produce revenue that was going to the finance department in all cases. That revenue was going to be neutral, so to speak, relative to the proposal of expenditures for that particular cause of the reduction of tobacco use in Canada in those specific areas that were outlawing young people and so on. We concurred with this at that time.

Can you tell me now, based on information you might have from the finance department, whether that estimated revenue, which will be received because of that tax levied on manufacturers, is going to be neutral with what's being requested in expenditures?

**Mr. Marquardt:** No, I can't.

We're just going to take a look now to see if anything shows up in the supplementals for the Department of Finance for that health promotion surtax.

No, I would say it does not.

**Mr. Culbert:** Is this information you could obtain so we know where that balance is with the estimated revenue now that there is some experience with the requested expenditure in that area?

**Mr. Marquardt:** Yes.

**Mr. Culbert:** This is so we could see whether we are revenue neutral, or we're spending \$10 million more than we're taking in, or we're taking in \$10 million more than we're spending. I think that would be awfully important to everything we do here.

You're well aware of the discussions we've been having in all areas with the Minister of Finance's department as we approach the February budget. With the debt and deficit we're looking at, we have to look at every one of these items, and if we're out \$10 million, I think we have to look at it very closely.

[Traduction]

Pour répondre à votre deuxième question, oui, cela comprend les dépenses de banalisation des emballages pour ce qui est des coûts qui ont été initialement prévus à cette fin—du moins pour notre ministère—et qui s'élèvent à environ 187 millions de dollars pour cette stratégie sur une période de trois ans et demie. Je ne sais pas exactement à combien s'élèvent ces dépenses, mais si vous le voulez, je peux vous obtenir ces chiffres.

**M. Culbert:** Je pense qu'il serait prudent pour nous de les connaître.

Au printemps dernier, lorsque le ministre a fait ses annonces après les changements annoncés en février, il devait y avoir une taxe sur les fabricants pour cette cause en particulier. Cette taxe devait permettre d'aller chercher des recettes qui iraient au ministère des Finances dans tous les cas. Ces recettes devaient être neutres, pour ainsi dire, par rapport aux propositions de dépenses en vue de réduire l'usage du tabac au Canada particulièrement chez les jeunes, etc. Nous étions d'accord à ce moment-là.

Pouvez-vous me dire maintenant, d'après les renseignements que vous avez peut-être obtenus du ministère des Finances, si ces recettes qui proviendront de cette taxe sur les fabricants seront neutres par rapport à ce que l'on demande dans le budget des dépenses principal?

**M. Marquardt:** Non, je ne peux pas vous le dire.

Nous allons tout simplement regarder maintenant pour voir s'il y a quoique ce soit dans le budget des dépenses supplémentaire pour le ministère des Finances au sujet de cette surtaxe pour la promotion de la santé.

Mais je dirais que non, je ne le pense pas.

**M. Culbert:** Est-ce de l'information que vous pourriez obtenir afin que nous puissions savoir ce qu'il en est des recettes prévues, puisque nous avons maintenant une certaine expérience des dépenses qui ont été demandées dans ce domaine?

**M. Marquardt:** Oui.

**M. Culbert:** C'est que nous aimerions voir si cette taxe est sans incidence sur le plan des recettes, ou si nous dépensons 10 millions de plus que nous n'en recevons, ou que nous recevons 10 millions de plus que nous en dépensons. Je pense que ce serait extrêmement important pour tout ce que nous faisons ici.

Vous êtes tout à fait au courant des discussions que nous avons eues dans tous les domaines avec le ministère des Finances en prévision du budget de février. Étant donné l'ampleur de notre déficit et de la dette globale, il faut examiner de près chacun de ces postes et s'il y a un écart de 10 millions de dollars, je pense qu'un examen minutieux s'impose.

● 0940

**Mr. Marquardt:** Yes, I will make that request from our department to the Department of Finance.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Madame Dalphond-Guiral.

**Mme Dalphond-Guiral (Laval-Centre):** Je vais vous poser une question qui touche quelque chose qu'on n'a pas abordé, soit le programme canadien de nutrition prénatale.

**M. Marquardt:** Oui, je vais faire cette demande au nom de notre ministère auprès du ministère des Finances.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Mrs. Dalphond-Guiral.

**Mrs. Dalphond-Guiral (Laval Centre):** My question deals with a matter that has not been raised yet, that is the Canada Prenatal Nutrition Program.

*[Text]*

Quand on regarde les chiffres demandés au budget supplémentaire, on constate qu'il sont dérisoires par rapport à l'argent affecté à la stratégie sur le tabac. Est-ce que toutes les provinces et tous les territoires adhèrent à ce programme de nutrition prénatale? Si oui, la réponse est simple. Sinon, que faites-vous dans le cas des provinces qui refusent? Que faites-vous de l'argent qui, théoriquement, était prévu pour aller dans ces provinces?

**Mr. Marquardt:** To my knowledge, all provinces have bought into the program, but that is a very program-specific question and I would have to go back to the program people to get the breakdown and to ensure that all provinces are covered. The program was to address all prenatal children across Canada, not those in particular provinces.

I don't have anything by province. I would have to respond to you in writing later on.

**Mme Dalphond-Guiral:** Dans tout ce qui touche la stratégie qui a trait à la consommation du tabac, je suis sûre que tout le monde autour de la table sait que parmi les raisons très connues qui entraînent la naissance de bébés de petit poids, il y a l'usage de la cigarette chez les mamans.

Dans ces deux programmes, n'y a-t-il pas une partie de la stratégie du tabac qui entre dans ce qu'on appelle la nutrition prénatale dans un sens large? Si j'inhale quelque chose, je nourris mon corps. Cela dépasse peut-être un peu le lait et le fromage, mais il y a des choses qui se touchent quand on parle de nutrition prénatale. J'imagine que c'est une chose qui a été prise en considération par le ministère de la Santé.

**Mr. Marquardt:** Yes, it's covered under both the tobacco demand reduction strategy and the prenatal strategy. It was thought of and it was included. On the program delivery and how it will be delivered, if you wish more information on that, I would have to get that from the program people.

**Ms Bridgman (Surrey North):** Thank you for coming today. I appreciate this very much. I have a number of questions, and most are related to my ignorance in being able to read and understand these figures and that kind of thing.

Getting back to what Mr. Szabo was asking about in relation to the money involved here and where it comes from, I was under the impression from previous discussions that it's a reallocation of existing resources. I understand that some money is being pulled forward from previous years and some is coming back from future years.

I recall that back in February when the budget came down, the total figure was \$160.7 billion of \$163.x billion, which left \$2.6 or \$2.7 billion not counted in the main estimates. These were in reserve or pending future legislation. Of that lot, I think the allocation to health and social service was about \$60 million or \$62 million. Do we have a breakdown on what portion of that is the health budget? Is any of that reserve money being used for programs?

*[Translation]*

When we look at the amounts requested under the supplementary estimates, we see that they are nominal relative to the funds appropriated to the tobacco demand reduction strategy. Have all provinces and territories bought into that prenatal nutrition program? If yes, the answer is simple. If not, what are you doing in terms of those provinces that are opting out? What are you doing with moneys that were theoretically earmarked for those provinces?

**M. Marquardt:** À ma connaissance, toutes les provinces adhèrent à ce programme, mais il s'agit d'une question très précise et je vais devoir consulter les responsables du programme pour obtenir une ventilation précise et vérifier si toutes les provinces y participent. Ce programme était censé s'appliquer à tous les enfants à naître dans le pays, et pas simplement à ceux de certaines provinces.

Je n'ai aucun chiffre par province. Je devrais vous faire parvenir plus tard ma réponse par écrit.

**Mrs. Dalphond-Guiral:** In terms of the tobacco demand reduction strategy, I am sure that everybody here knows that cigarette smoking among mothers to be is one of the best known reasons for having light weight babies.

Under both these programs, is there not a part of the tobacco strategy that comes under what is called prenatal nutrition in a broad sense? If I inhale something, I feed my body. Perhaps it is not quite like milk and cheese, but some things are interconnected when we deal with prenatal nutrition. I suppose the Department of Health has taken this fact into consideration.

**M. Marquardt:** Oui, cette question est visée à la fois par la stratégie du tabac et la stratégie prénatale. Le ministère en a tenu compte en élaborant ses programmes. En ce qui a trait aux méthodes d'exécution des programmes proprement dits, si vous désirez obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, il me faudra encore une fois les obtenir auprès des responsables du programme.

**Mme Bridgman (Surrey-Nord):** Merci de votre présence dont je vous sais gré. J'ai un certain nombre de questions dont la plupart découlent du fait que je suis incapable de lire et d'assimiler ce genre de chiffres et de données.

Pour revenir à ce que demandait M. Szabo au sujet des sommes demandées et de leur provenance, j'avais l'impression, à la suite des discussions antérieures, qu'il s'agit en fait d'une réaffectation de ressources déjà existantes. Je crois savoir que certains fonds sont reportés des années précédentes et d'autres ramenés des années à venir.

Je me souviens que, en février, lors de la présentation du budget, le montant total s'élevait à 160,7 milliards sur 163 milliards et des poussières, ce qui laissait 2,6 ou 2,7 milliards de dollars ne figurant pas dans le budget des dépenses principal. Il s'agissait de fonds de réserve dans l'attente d'une loi devant être proposée à une date ultérieure. Sur ce montant, les fonds alloués à la santé et aux services sociaux s'élevaient à environ 60 ou 62 millions de dollars. Existe-t-il une ventilation de ce montant qui nous permet de savoir combien on a alloué au budget de la santé? Une partie de ces fonds de réserve est-elle utilisée pour la mise en oeuvre de programmes?



[Texte]

[Traduction]

• 0945

**Mr. Marquardt:** The reserves are controlled by the Department of Finance and Treasury Board, and I'm not too sure what the allocations from those original reserves were. I suppose money was set aside for the tobacco demand reduction strategy at that time. I thought it would be included because it was around that time that the amount approved for that strategy would have come out of that reserve. If what you're referring to is a policy reserve, this being a new policy for tobacco, it would have come out of that reserve. But that question would have to be addressed to the Department of Finance.

**Ms Bridgman:** When we're looking at these and reviewing them and we see this kind of money, how are we to keep track of where this money's coming from, either future years or out of the reserves? If I want to monitor where this \$2.7 billion is going, how can I do that? I can't seem to figure out where the money is actually coming from, or how much is coming from where. If I were to look at the 1995-96 estimates, I can assume some money has been transferred back to 1994-95 because that indicates that's happening, but how do I know how much? How do I find that in the estimates? Would it be in brackets?

**Mr. Marquardt:** Some of that may show and some of it won't. That's not an answer, but it is difficult and almost impossible to show that with the way the estimates are displayed. The main estimates for any given year tell you what has been requested for that current year, in other words 1995-96, and they compare that to the forecasted expenditure for the previous year of 1994-95. So you're not looking at estimates to estimates, and by doing that they're trying to show you that these are the current projected expenditures for 1994-95, which should include these supplementary estimates that you're approving here today, and compare those to what is being requested for 1995-96.

So you should be able to see the growth or declines from year to year. But to actually trace an item such as the Winnipeg lab from one year to the next and see what the total picture is over a construction period of four or five years, it's extremely difficult, if not impossible, with the estimates as they are pulled together now.

**Ms Bridgman:** Would that same sort of principle apply to a lot of these five-year programs we're getting, like \$270 million for this or \$240 million for that?

**Mr. Marquardt:** Yes. If you take tobacco, we have currently received approval of \$187 million over the three and a half or four years. In the 1995-96 estimates you will see about \$70 million for tobacco for 1995-96, and you will see roughly \$35 million as a forecasted expenditure for 1994-95. But you won't see any further out than that, because the estimates only talk about the upcoming year of 1994-95. The tables on some pages show the previous year's expenditures. What you're

**M. Marquardt:** Les fonds de réserve tombent sous le contrôle des ministères des Finances et du Conseil du Trésor, et je ne sais pas exactement à quelles fins ces réserves initiales ont été affectées. Je suppose que des fonds ont été réservés à l'époque en vue de la stratégie du tabac. Je pensais que c'était prévu car c'est à peu près à la même époque que le budget approuvé pour cette stratégie a été prélevé dans cette réserve. Si vous voulez parler d'un fond de réserve pour la mise en oeuvre de nouvelles politiques, puisqu'il s'agit d'une nouvelle politique sur le tabac, on a dû puiser les fonds dans cette réserve. Toutefois, il convient de poser cette question au ministère des Finances.

**Mme Bridgman:** Lorsque nous examinons ces prévisions et que nous voyons de tels montants, comment peut-on déterminer la provenance de ces fonds, à savoir s'ils proviennent des réserves ou sont prélevés sur les budgets futurs? Si je veux surveiller l'affectation de cette somme de 2,7 milliards de dollars, comment dois-je procéder? Je n'arrive pas à comprendre d'où viennent les fonds ou leur ventilation selon leur provenance. Si j'examinais les prévisions de dépenses de 1995-1996, je suppose qu'une partie des fonds a été ramenée en 1994-1995 car c'est ce que l'on semble nous dire ici, mais comment savoir de quels montants il s'agit? Comment trouver ce renseignement dans le budget des dépenses? Ce montant sera-t-il entre parenthèses?

**M. Marquardt:** Ce n'est pas toujours indiqué. Ce n'est pas une réponse, mais il est difficile et presque impossible d'indiquer ce genre de choses étant donnée la façon dont les prévisions de dépenses sont organisées. Le budget des dépenses principal fait état des sommes demandées au cours d'une année donnée, en l'occurrence 1995-1996, et on établit une comparaison avec les dépenses prévues pour l'année précédente, soit 1994-1995. C'est pour éviter que l'on examine des prévisions de prévisions de dépenses et, ce faisant, on essaye de vous indiquer quelles sont les dépenses prévues courantes pour l'année 1994-1995, lesquelles devraient englober ce budget supplémentaire que vous êtes appelés à approuver aujourd'hui, en faisant une comparaison avec les montants demandés pour 1995-1996.

Ce système doit vous permettre de constater la croissance ou la réduction d'une année à l'autre. Toutefois, pour retrouver vraiment les chiffres relatifs au laboratoire de Winnipeg, par exemple, d'une année à l'autre et essayer d'avoir une idée d'ensemble sur la période de quatre ou cinq ans que doit durer la construction, c'est extrêmement difficile, voire impossible, étant donnée la façon dont les prévisions de dépenses sont organisées à l'heure actuelle.

**Mme Bridgman:** En irait-il de même pour bon nombre des programmes quinquennaux qui sont prévus, comme les 270 millions de dollars pour tel programme ou 240 millions pour tel autre?

**M. Marquardt:** Oui. Si vous prenez la stratégie du tabac, nous avons actuellement obtenu une approbation pour 187 millions de dollars au cours de la période de trois ans et demie ou quatre ans. Dans le budget des dépenses pour 1995-1996, vous trouverez un montant d'environ 70 millions de dollars pour cette stratégie cette année-là, ainsi qu'environ 35 millions de dollars comme dépenses prévues pour 1994-1995. Toutefois, vous n'obtiendrez pas d'autres détails car le budget des dépenses



## [Text]

interested in is 1995-96, 1996-97, 1997-98, where all of that \$187 million will be spent for tobacco, but that doesn't show in the estimates.

**Ms Bridgman:** The program I'm specifically thinking about is the centre of excellence program. I think it was \$240 million over the five-year period.

**Mr. D'Aloisio:** Yes.

**Dr. Mary Ann Linseman (Scientific Officer, Scientific Evaluation, Medical Research Council):** In phase one of the program, which is completed.

**Ms Bridgman:** Now we're going into phase two. I believe the bids were done last summer and it didn't get in for the other estimates, so this \$17 million is for phase two only.

**Mr. D'Aloisio:** That is correct.

**Dr. Linseman:** The \$17 million is for the 10 networks that have been renewed in phase two. There is a new competition in progress and four or five new networks will be selected. The moneys for those are not included in these supplementaries because they haven't been passed by Treasury Board yet.

**Ms Bridgman:** Just getting back to the \$240 million, was that for the five years or just for phase one?

• 0950

**Dr. Linseman:** The \$240 million was for phase one. The amount for the second year is something like \$190 million, and \$148 million has gone to the renewed networks. The balance of that is left for the new networks that will come out of the current competition.

**Ms Bridgman:** Over the five-year aspect of this, is there any place where we can find the total number of dollars allocated to this program?

**Dr. Linseman:** The total number we know that has been passed by Treasury Board is \$190 million.

**Ms Bridgman:** [*Inaudible—Editor*] . . . come back every time. It wasn't the kind of program where we budget *x* amount of dollars over five years and pull so much out each year. You have to come back and ratify this every time.

**Mr. D'Aloisio:** No, there was phase one, the \$240 million, which is now over. That was approved and included in the reference levels of the department of MRC over those five years. The amount showing up in these supplementary estimates is for phase two, a total of \$197 million; \$17 million is for this year, but this amount will be added onto our reference levels for the future years. But for the first time now, it has to go on the. . .

## [Translation]

ne porte que sur l'année 1994-1995. Les tableaux qui se trouvent à certaines pages indiquent les dépenses de l'année précédente. Ce qui vous intéresse, c'est 1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, soit les années où toute cette somme de 187 millions de dollars sera dépensée dans le cas de la stratégie du tabac, mais cela ne figure pas dans le budget des dépenses.

**Mme Bridgman:** Le programme auquel je pense précisément est celui des centres d'excellence. Si je ne m'abuse, le budget prévu était de 240 millions de dollars sur la période de cinq ans.

**M. D'Aloisio:** C'est exact.

**Mme Mary Ann Linseman (agent scientifique, évaluation scientifique, Conseil de recherches médicales):** Pour la première phase du programme, qui est déjà achevée.

**Mme Bridgman:** Nous entrons maintenant dans la deuxième phase. Je crois savoir que l'appel d'offres a eu lieu l'été dernier et cela n'était pas prévu dans le Budget des dépenses principal, de sorte que ce montant de 17 millions de dollars correspond uniquement à la phase deux.

**M. D'Aloisio:** C'est exact.

**Mme Linseman:** Les 17 millions de dollars s'appliquent aux 10 réseaux dont les fonds ont été renouvelés dans le cadre de la phase deux. Un nouveau concours a été lancé et quatre ou cinq nouveaux réseaux seront choisis. Les fonds qui leur seront alloués ne figurent pas dans ce budget supplémentaire car ils n'ont pas encore été approuvés par le Conseil du Trésor.

**Mme Bridgman:** Pour en revenir au montant de 240 millions de dollars, est-ce qu'il correspond à la période de cinq ans ou uniquement à la phase un?

**Mme Linseman:** Les 240 millions de dollars correspondaient à la phase un. Pour la deuxième année, le montant prévu est de l'ordre de 190 millions de dollars, et 148 millions ont été alloués aux réseaux dont le financement était renouvelé. Le reste sera alloué aux nouveaux réseaux qui seront sélectionnés à la suite du concours actuel.

**Mme Bridgman:** Y a-t-il un endroit où l'on puisse trouver le montant total affecté à ce programme pour la période de cinq ans?

**Mme Linseman:** Nous savons que le Conseil du Trésor a approuvé un montant total de 190 millions de dollars.

**Mme Bridgman:** [*Inaudible—Éditeur*] . . . revient chaque fois. Ce n'était pas le genre de programme pour lequel on prévoit un budget de tant de dollars sur une période de cinq ans dont on prélève une partie chaque année. Il faut à chaque fois réapprouver le programme.

**M. D'Aloisio:** Il y a eu la phase un, avec un budget de 240 millions de dollars, qui est maintenant terminé. Ce montant a été approuvé et inclus dans les niveaux de référence du CRM pour cette période de cinq ans. Le montant qui figure dans le budget supplémentaire, soit un total de 197 millions de dollars, correspond à la phase deux. On a dix-sept millions pour cette année, mais cette somme s'ajoutera à nos niveaux de référence dans les années à venir. Toutefois, pour la première fois, il faut. . .

*[Texte]*

**Ms Bridgman:** I have a couple of more questions relating to what my colleague said about the transfer payments. When we look at this, we see we're going to put another \$681 million into this program, and yet, before, we did the \$602 million and we withheld moneys from B.C. for various reasons. I don't see this reflected here anywhere. What happened to the moneys that were withheld? There must have been some money there that wasn't paid to British Columbia but came back, and yet we're going for another \$680 million. I don't understand. How does that show that the \$602 million wasn't actually all used?

**Mr. Marquardt:** The \$602 million would indeed show or include or be net of the amount that was withheld from B.C. That \$602 million will cover current-year payments and prior year adjustments, and those adjustments can be up or down depending on what the formula produces. Those withholdings would be netted out in those figures.

**Ms Bridgman:** This means the \$602 million is an estimate back in February. And since February we've withheld some money from British Columbia. So we didn't use all the money we thought we would use.

**Mr. Marquardt:** Yes, but it would be netted out. That figure would be the net amount required. So if there was any amount withheld it would be offset.

**Ms Bridgman:** Where do we find out what happened? How do we even find out what that figure was in this?

**Mr. Marquardt:** An inquiry to the department. I could take that question back for you.

**Ms Bridgman:** Could it be included in the report you're doing?

**Mr. Marquardt:** So you want to know how much was withheld?

**Ms Bridgman:** And where it went. We estimated we would need \$602 million in February. We now want to add another \$600-odd million to this program, and yet we haven't used all the money before, so I would like to know whether this \$681 million, for example, in the estimates, includes the money that wasn't used before. What happened to that money basically?

**Mr. Marquardt:** I will include that question in the explanation of the \$602 million.

**Ms Bridgman:** In relation to Indian and northern health services, according to the main estimates we put \$895,871 to the non-insured programs for the main estimates. We also indicated there that we have indeed carried out the self-government kinds of programs with 82 of the first nations, coming up to 25 or 26 agreements. That cost us \$27.5 million, I think.

*[Traduction]*

**Mme Bridgman:** J'ai deux ou trois autres questions qui portent sur les observations de mon collègue au sujet des paiements de transfert. D'après ce qu'on peut voir, nous allons consacrer encore 681 millions de dollars à ce programme et pourtant, auparavant, nous avons dépensé les 602 millions et retenu des fonds de la Colombie-Britannique pour diverses raisons. Il n'en est question nulle part dans ce document. Que sont devenus les fonds qui ont été retenus? Elle doit figurer quelque part cette somme qui n'a pas été versée à la Colombie-Britannique, mais qui a été récupérée. Pourtant on prévoit dépenser encore 680 millions de dollars. Je ne comprends pas. Où est-il indiqué que le montant total de 602 millions n'a pas été utilisé?

**M. Marquardt:** En fait, les 602 millions de dollars représentent un montant net, c'est-à-dire une fois déduit ce qui n'a pas été versé à la Colombie-Britannique. Cette somme s'applique aux versements de l'année en cours et aux rajustements de l'année précédente, lesquels peuvent être en plus ou en moins selon le calcul obtenu grâce à la formule. Ces retenues sont déduites du montant qui figure ici.

**Mme Bridgman:** Autrement dit, la somme de 602 millions de dollars est une précision qui remonte à février. Et depuis lors, nous avons retenu des fonds de la Colombie-Britannique. Nous n'avons donc pas utilisé toute la somme qui était prévue.

**M. Marquardt:** Si, mais les déductions pertinentes ont été effectuées. Ce chiffre correspond au montant net demandé. Si les sommes ont été retenues, elles en ont été déduites.

**Mme Bridgman:** Où trouver des renseignements à ce sujet? Comment peut-on seulement trouver quel était le montant au départ?

**M. Marquardt:** Il faut présenter une demande au ministère. Je pourrais vous obtenir une réponse.

**Mme Bridgman:** Pourriez-vous l'inclure dans le rapport que vous êtes en train de préparer?

**M. Marquardt:** Vous voulez donc savoir à combien se sont montées les retenues?

**Mme Bridgman:** Et où est allé cet argent. D'après les prévisions, nous avons besoin de 602 millions de dollars en février dernier. Nous voulons maintenant ajouter à ce programme 600 millions de dollars et des poussières, et pourtant tous les fonds alloués au départ n'ont pas été utilisés. C'est pourquoi j'aimerais savoir si ce montant de 681 millions de dollars, par exemple, qui figure dans le budget des dépenses englobe les sommes qui n'ont pas été utilisées auparavant. En un mot, que sont devenus ces fonds?

**M. Marquardt:** J'inclurais la réponse à cette question dans l'explication de la somme de 602 millions de dollars.

**Mme Bridgman:** En ce qui a trait aux services de santé des Indiens et des populations du Nord, selon le budget des dépenses principal, nous avons consacré 895 871\$ aux programmes non assurés. Il est dit également dans ce document que nous avons mis en oeuvre les programmes relatifs à l'autonomie gouvernementale avec 82 premières nations, en concluant 25 ou 26 accords. Cela nous a coûté 27,5 millions de dollars, sauf erreur.



## [Text]

We're now on the last page here. We are now talking about another \$18.5 million, give or take, at the bottom of page 37, and the explanation is that it is for integrated Indian and Inuit community-based health care services. I don't quite understand. What program is that going to address? Is it a specific program? Is it related to the self-government kind of thing? Was it not anticipated last February in the \$895 million?

• 0955

**Mr. Marquardt:** In answer to your first question, the strategy focuses on enhancing community management and control over their health care resources, including the non-insured health benefit components, and seeks to address critical gaps in our current programs with respect to mental health, solvent abuse and home nursing. It is really a consolidation of several programs we formerly had.

Yes, there is an element of new money included in here, but the envelope for Indian and northern health services we manage in the department has a ceiling struck for that particular program. They will live within that particular ceiling.

**Ms Bridgman:** When you say programs, do you mean programs like Brighter Futures? There are about eight or nine of these programs. I thought we had already given \$81 million to that. Is this over and above that?

**Mr. Marquardt:** There is new money involved here, yes. There is a component of the total that was approved for prenatal nutrition, Brighter Futures, or whatever, that is directed to the aboriginal population. That is part of their overall envelope.

**Ms Bridgman:** I just have one other question, and I think it relates to my education in relation to these estimates. I was looking at reviewing the health estimates so I got the book in relation to health and found the estimates.

I also picked up the occupational health and safety supplementary estimate, thinking of occupational health in a clinical sense. When I went through it, I found there is actually a section on National Health and Welfare in relation to transfer payments to the provinces. There is \$17 million listed there, and I don't see how that is reflected here or whether it is a separate thing.

The other thing is that it says:

Payments to provinces and territories for hospital insurance, medical care and extended health services under the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contribution Act

etc., \$91 million.

Now, is this a separate bunch of...?

**Mr. Marquardt:** I am not familiar with that at all. I am sorry.

**Ms Bridgman:** I've got them paper-clipped to the two sections. I don't know how that relates to this or even if it does.

## [Translation]

Nous en sommes maintenant à la dernière page. On prévoit maintenant une somme supplémentaire de 18,5 millions de dollars, plus ou moins, au bas de la page 37, en expliquant que cette somme correspond aux services de santé intégrés dans les collectivités indiennes et inuit. Je ne comprends pas bien. De quel programme s'agit-il? Est-ce un programme précis? Est-ce en rapport avec les accords sur l'autonomie gouvernementale? Cette dépense n'était-elle pas prévue dans les 895 millions de dollars en février dernier?

**M. Marquardt:** Pour répondre à votre première question, la stratégie vise essentiellement à donner aux collectivités plus de contrôle à l'égard de leurs ressources en matière de soins médicaux, y compris les services de santé non assurés, et à combler des lacunes sérieuses dans nos programmes actuels en ce qui a trait à la santé mentale, l'usage de solvants hallucinogènes et les soins à domicile. Il s'agit en réalité d'un regroupement de plusieurs programmes que nous appliquions auparavant.

En effet, une partie des fonds prévus ici sont nouveaux, mais un plafond s'applique aux programmes en question dans le cadre de l'enveloppe des services de santé des Indiens et des populations du Nord que nous gérons au ministère. Ce plafond ne sera pas dépassé.

**Mme Bridgman:** Lorsque vous parlez des programmes, pensez-vous notamment aux programmes Grandir ensemble? Il y en a environ huit ou neuf qui sont en vigueur. Je pensais que nous y avions déjà alloué 81 millions de dollars. S'agit-il d'une somme supplémentaire?

**M. Marquardt:** Il s'agit en effet d'argent frais. Une partie du montant total qui a été approuvé pour les programmes de nutrition prénatale, Grandir ensemble ou autre, s'adresse à la population autochtone. Cela est inclus dans leur enveloppe globale.

**Mme Bridgman:** J'ai une dernière question qui vise plutôt à faire mon éducation en matière de prévisions budgétaires. Je voulais examiner le budget dans le domaine de la santé et j'ai donc ouvert le Livre bleu à ce chapitre pour y trouver les prévisions de dépenses.

J'ai également relevé le budget supplémentaire relatif à l'hygiène et à la sécurité professionnelle, en envisageant cette question sous l'angle clinique. En examinant ces prévisions, j'ai constaté qu'une partie est consacrée à la santé nationale et au bien-être social relativement aux paiements de transfert aux provinces. Il y figure un montant de 17 millions de dollars, et je ne comprends pas où cela se trouve dans ce document ou s'il s'agit d'un montant distinct.

Par ailleurs, il est dit ceci:

Paiements aux provinces et aux territoires à l'égard de l'assurance-hospitalisation, des soins médicaux et des services complémentaires de santé, aux termes de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement post-secondaire,

etc., 91 millions de dollars.

S'agit-il d'un montant distinct...?

**M. Marquardt:** Je ne sais pas du tout de quoi il s'agit. Je regrette.

**Mme Bridgman:** Les deux documents sont attachés par un trombone. Je ne sais pas quel rapport il existe entre ces deux montants, si toutefois il existe un rapport.



[Texte]

**Mr. Marquardt:** It may, but first of all it is 1993-94.

**Ms Bridgman:** That's why. When we are looking at this, should we be looking somewhere other than these estimates?

**Mr. Marquardt:** No, because these indeed are transfers under EPF. What we reflect in our estimates are total transfers for hospital medical insurance and extended health care benefits. This may be an extract from Health and Welfare's EPF transfers, and they are just reflecting in here the items that fall under their area of interest, if you will. They would not be reported twice.

**Ms Bridgman:** So I have the wrong year, but we don't have that situation with this.

**Mr. Marquardt:** No.

**Ms Bridgman:** We are looking at everything right here.

**Mr. Marquardt:** You are looking at anything we are transferring to provinces for health care where it is in Health Canada.

**Ms Bridgman:** I think that's all for now, Madam Chair. I just want to regroup here for a minute. Thank you very much.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Mr. Culbert.

**Mr. Culbert:** Thank you, Madam Chair.

Just to give you a little background and to guide you with the line of questions I have for you, I want to tell you my background is in business and in accounting, somewhat as Mr. Szabo's is. I spent 12 years on a hospital board working with health care professionals and health care administration, so I learned very quickly that you have to ask the pertinent questions in order to get things simplified. I hope you can appreciate that. I'm here and I'm going to ask these questions to learn for myself so I can have a comfort level. You got off pretty easy so far over in the research end of it.

I have some questions and I have a little confusion again. You touched the National Cancer Institute. You indicated, I believe, before that it was not new money, it would just be changed around. It was now going to a grant versus whatever system it had been in before.

I see the substantial \$2 million that is there. Then I look at the Disease Control Centre in Winnipeg, \$4.063 million. Then I wonder about the research component, about what all the research does relative to the private research that's going on in the country relative to new medication and so on, and what part the research branch does in checking these out for their validity and so on. How is that funding used to check that private research? Does it fall under the Disease Control Centre in Winnipeg?

[Traduction]

**M. Marquardt:** C'est possible, mais tout d'abord il s'agit de 1993-1994.

**Mme Bridgman:** Tout s'explique. Lorsque nous examinons ce secteur, devrions-nous chercher ailleurs que dans ces prévisions de dépenses?

**M. Marquardt:** Non, car il s'agit effectivement de paiements de transfert aux termes du FPE. Ce qui figure dans le budget des dépenses, ce sont les paiements de transfert totaux correspondant à l'assurance-maladie et hospitalisation et les services complémentaires de santé. Ce montant est peut-être prélevé des paiements de transfert de Santé et Bien-être aux termes du FPE, et on indique peut-être uniquement les postes budgétaires qui intéressent le ministère, si vous voulez. Le montant ne figurera pas à deux endroits différents.

**Mme Bridgman:** Il s'agit donc de la mauvaise année, mais le problème ne se pose pas ici.

**M. Marquardt:** Non.

**Mme Bridgman:** Dans ces chiffres, tout est inclus.

**M. Marquardt:** Tous les montants correspondant aux paiements de transfert aux provinces aux titres des soins de santé lorsqu'il s'agit de Santé Canada.

**Mme Bridgman:** Je n'ai pas d'autres questions, madame la présidente. Je voudrais simplement rassembler mes idées pendant un instant. Merci beaucoup.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Monsieur Culbert.

**M. Culbert:** Merci, madame la présidente.

Pour vous donner quelques renseignements généraux et une idée du genre de questions que je vais vous poser, je tiens à vous dire que j'ai une expérience dans le domaine commercial et de la comptabilité, un peu comme M. Szabo. J'ai siégé pendant 12 ans au conseil d'administration d'un hôpital au côté de professionnels de la santé et de gestionnaires des services de santé, et c'est pourquoi j'ai appris très rapidement qu'il faut poser des questions pertinentes pour simplifier les choses. J'espère que vous le comprendrez. Je vais vous poser des questions pour ma gouverne personnelle, de façon à être un peu plus au courant. Jusqu'ici, vous vous en êtes bien tirés pour ce qui est du côté recherche.

J'ai des questions à poser et j'aimerais obtenir quelques éclaircissements. Vous avez parlé de l'Institut national du cancer. Vous avez dit plus tôt, sauf erreur, que ce n'était pas de l'argent frais mais simplement une nouvelle méthode d'affectation. Il s'agira désormais d'une subvention, qui remplacera l'ancien système.

Je constate un montant important de 2 millions de dollars. Puis je regarde la somme allouée au Centre épidémiologique de Winnipeg, soit 4 063 millions de dollars. Je m'interroge alors au sujet de la recherche, par rapport aux recherches entreprises dans le secteur privé dans notre pays pour trouver de nouveaux médicaments et autres, et au sujet du rôle que joue la direction de la recherche pour vérifier la valeur de ces derniers, etc. Comment utilise-t-on ces fonds pour vérifier les recherches effectuées par le secteur privé? Cela relève-t-il du Centre épidémiologique de Winnipeg?

• 1000

## [Text]

I'm a little confused again on the cancer part of it. It's going as a separate component to the cancer study. But do they report back to Health Canada? How does that system. . . ?

Before we get into other questions, maybe you could relate to that.

**Mr. Marquardt:** The extramural research that is conducted is a separate issue; I'll let Guy speak to that. What is done in the lab is more monitoring of disease, checking on pathogens, whatever. It's disease surveillance type of work as opposed to research into a new drug, which maybe Guy could address.

There is an element within Health Canada under the Health Protection Act where indeed a new drug is tested before it is approved for release and distribution in Canada. That is conducted in some of these labs as well.

The grant to the National Cancer Institute of Canada is a joint venture between us, the Canadian Cancer Society, and there's a third partner involved. They are conducting varied research on breast cancer. Why it was chosen to do it that way as opposed to making a grant or a contribution to a particular research institute or university or hospital to do that research, I can't answer that for you. But I could get you a response to that question.

**Mr. Culbert:** Thank you.

The other points that I want to make or questions. . . again, perhaps I'm a little confused. The Great Lakes Action Plan is separate from the research or National Cancer Institute, but in reality, as I see it, it's part and parcel of that same cancer research, is it not? Yet it's in a separate component, if you will, of that.

I suspect the reason why is that when it came down and was approved it was set up as a separate component for that particular aspect. But it still has to do with cancer research. Am I correct?

**Mr. Marquardt:** Perhaps some of it may, but it's more in terms of a clean-up and it's looking at the rehabilitation of degraded areas, pollution and prevention control, ecosystem and human health conservation, and so on. You're probably right. There probably is a small element of research involved in that I would suspect. But I don't know how much that component would be.

**Mr. Culbert:** Okay. So it would be a smaller element of it.

**Mr. Marquardt:** Right. But the Great Lakes clean-up strategy is a program that is led by Environment Canada, which has the lead role and the coordination role. They obtain the money and provide it to us. That is then, if you like, shown separately. So there's a separate control on those resources.

**Mr. Culbert:** Those were my thoughts and my questions really. How come that was under Health, unless it was specifically for research in cancer, or if the problems with the Great Lakes, the problems that had been experienced, reflected

## [Translation]

Les choses ne sont pas claires non plus à mes yeux en ce qui a trait à l'Institut du cancer. Il s'agit d'un élément distinct de l'étude sur le cancer. Cela relève-t-il néanmoins de Santé Canada? Comment le système. . . ?

Avant de passer à d'autres questions, vous pourriez peut-être répondre déjà à celle-ci.

**M. Marquardt:** Les recherches extra-muros qui sont effectuées représentent une question à part et je vais laisser Guy vous en parler. Les activités du Centre portent davantage sur le contrôle des maladies, la vérification des pathogènes, etc. Il s'agit davantage d'activités de surveillance des épidémies plutôt que des recherches sur un nouveau médicament, ce dont Guy pourra vous parler.

Aux termes de la Loi sur la protection de la santé, il existe à Santé Canada une direction où l'on met à l'essai un nouveau médicament avant d'en approuver la distribution au Canada. Cela se fait également dans certains de ces laboratoires.

La subvention accordée à l'Institut national du cancer du Canada est financée conjointement par le gouvernement fédéral, la Société canadienne du cancer ainsi qu'un troisième intervenant. L'institut effectue diverses recherches sur le cancer du sein. Quant à savoir pourquoi on a décidé de procéder de cette façon au lieu d'accorder une subvention ou une contribution à un institut de recherche donné, une université ou un hôpital qui serait chargé d'effectuer ces recherches, je n'en sais rien. Toutefois, je pourrai obtenir une réponse à cette question et vous la communiquer.

**M. Culbert:** Je vous en remercie.

Mes autres remarques, ou plutôt mes questions. . . là encore, il règne dans mon esprit une certaine confusion. Le plan d'action des Grands Lacs est un projet distinct de la recherche ou de l'Institut national du cancer, mais en réalité, à mon avis, cela fait partie intégrante de cette recherche sur le cancer, n'est-ce pas? Et pourtant on prévoit des crédits distincts à cet égard.

C'est, je suppose, parce que lorsque ce projet a été approuvé, il a été mis sur pied comme un élément distinct du reste de la recherche. Néanmoins, ce plan est directement en rapport avec la recherche sur le cancer. Est-ce que je me trompe?

**M. Marquardt:** Peut-être en partie, mais il s'agit davantage d'activités de nettoyage et de remise en état de secteurs détériorés, de contrôle et de prévention de la pollution, de protection des écosystèmes et de la santé humaine, etc. Vous avez sans doute raison. Il y a sans doute un petit élément de recherche qui fait partie de ce programme. Toutefois, je ne sais pas qu'elle importance il revêt.

**M. Culbert:** Très bien. Cela représente donc un petit élément du programme.

**M. Marquardt:** C'est exact. Toutefois, la stratégie de nettoyage des Grands Lacs est un programme qui relève d'Environnement Canada, lequel en assume la direction et la coordination. Le ministère obtient les fonds et nous les remet. C'est pourquoi les montants figurent séparément, si vous voulez. Il y a donc un contrôle distinct à l'égard de ces ressources.

**M. Culbert:** Voilà en gros qu'elles étaient mes questions. Je voulais savoir pourquoi cela relevait de la Santé, à moins qu'il ne s'agisse précisément des recherches sur le cancer, ou si les problèmes de pollution des Grands Lacs, les problèmes qui



[Texte]

directly on some disease? Cancer, in this case, appeared to be the one that was suggested, as it might have a part and parcel to play in that. I wonder why it was here instead of in the environmental budget. You would normally think it would be environmental clean-up and that part of it would be in their budget.

[Traduction]

se sont posés, avaient une incidence directe sur certaines maladies. Le cancer, en l'occurrence, semble être au centre des préoccupations car il existe sans doute un rapport direct entre les deux. Je me demande pourquoi cela a été placé là au lieu de l'être dans le budget de l'environnement. Il eut été logique de penser que comme il s'agissait d'une opération de dépollution, elle aurait figuré dans ce budget.

• 1005

**Mr. Marquardt:** Yes, it's when the programs are approved or initiated, the cabinet document that goes forward will usually be led by the lead department, in this case Environment, and it will have the component shown for each of the departments. But that approval, if you will, is given to the Minister of Environment.

**M. Marquardt:** Oui, lorsque les programmes sont approuvés ou lancés, le document au Cabinet est habituellement présenté par le ministère principal, en l'occurrence, celui de l'environnement, et le composant propre à chacun des ministères est indiqué. Mais l'approbation elle-même est donnée, en quelque sorte, au ministre de l'Environnement.

When we want to obtain the actual funds for that particular item, we then have to go to Treasury Board and we break it down in more detail by department. That's when they vote a certain amount for us and a certain amount for Environment.

Lorsque nous voulons obtenir les fonds à ce titre, nous sommes obligés de nous adresser au Conseil du Trésor et de lui présenter une ventilation plus détaillée de ces fonds, par ministère. C'est à ce moment-là qu'on détermine le montant qui nous revient et le crédit réservé à Environnement Canada.

**Mr. Culbert:** Madam Chair, if I may just ask about the \$262,000 in operating costs, I want to know why, where and how, so to speak. Also, maybe I could add to that, where does the operation of the special panel or committee that has been struck on Health Care come into that?

**M. Culbert:** Madame la présidente, à propos de ces 262 000\$ au titre des frais de fonctionnement, je voudrais savoir, pour ainsi dire, le pourquoi, le où et le comment de cette somme. Peut-être pourriez-vous également me dire où se place dans tout cela le fonctionnement du groupe ou comité spécial qui a été établi pour l'étude des soins de santé?

Is that part of the operational cost? Quite obviously there will be some funding required for the operation of that special panel over the next year, not only this year, but subsequent years as well. Perhaps you could address that operational part.

Cela fait-il partie du coût de fonctionnement? Il est bien évident que le fonctionnement de ce groupe spécial coûtera de l'argent, pas seulement cette année, mais aussi l'an prochain et les années suivantes. Peut-être pourriez-vous m'expliquer tout cela.

**Mr. Marquardt:** Yes, the \$262,000 is a net amount. When the Krever commission started, or indeed before, we recognized we would require additional moneys for our research of data and so on to provide the information Judge Krever would require.

**M. Marquardt:** Oui, ces 262 000\$ représentent un montant net. Avant même que la Commission Krever commence ses travaux, nous nous sommes rendus compte que nous aurions besoin d'argent supplémentaire pour la recherche des données dont le juge Krever aurait besoin.

We had a request of \$1.2 million, roughly, of new money that was approved for us. It is called "for defence costs". I think it's a misnomer, but in any event. . . At the same time, it was decided by PCO and Finance that we, the Department of Health, would also help finance the actual Krever inquiry. The Treasury Board then decided they would freeze, as they call it, \$1 million in our Health Canada budget.

Nous avons présenté une demande d'environ 1,2 million de dollars supplémentaires, qui a été approuvée, pour les «coûts de défense». Je crois que le terme est mal choisi, mais quoi qu'il en soit. . . Le BCP et les Finances avaient en même temps décidé que le ministère de la Santé contribuerait également au financement de l'enquête Krever. Le Conseil du Trésor a ensuite pris la décision de bloquer, comme il le dit, un million de dollars du budget de Santé Canada.

So we could not spend that on anything else. It was in the main estimates for 1994-95, but they'd taken it away, set it aside. When we went in with our submission of \$1.2 million for our defence costs, they said, okay, we will offset that by the money we have frozen in your budget for the Krever cost. We will offset that \$1 million against the \$1.2 million. So what you see here is a net of \$262,000.

Nous ne pouvions donc pas utiliser cet argent à d'autres fins. Cette somme faisait partie du budget des dépenses principal pour 1994-1995, mais elle a été mise de côté. Lorsque nous avons présenté une demande de 1,2 million de dollars pour nos coûts de défense, on nous a dit que cette somme serait compensée par les fonds bloqués dans notre budget pour l'étude Krever. Ce million de dollars servira à couvrir partiellement la somme de 1,2 million de dollars demandée. Il s'agit donc d'une somme nette de 262 000\$.

**Mr. Culbert:** So it's a balance really.

**M. Culbert:** En fait, c'est un solde.

**Mr. Marquardt:** The new money we're getting in the department for all the costs related to the Krever commission is \$262,000.

**M. Marquardt:** L'argent nouveau obtenu pour couvrir les coûts de la Commission Krever s'élève à 262 000\$.



## [Text]

**Mr. Culbert:** But if I'm understanding you correctly, Madam Chair, through you, it's new money but it isn't new money. It's money that was set aside. It was already there, or a portion of it was, and now it's just being transferred over to this area in order to be used.

**Mr. Marquardt:** This \$262,000 is new money.

**Mr. Culbert:** It is new money.

**Mr. Marquardt:** It is new money. We requested \$1.2 million, and the approval we got was for \$262,000. They said we'll take a million out of your budget. We'll freeze it for Krever, and rather than move it over, we'll just offset that against this.

Again, it's the problem with these estimates in that they show the net amount. You don't see the full picture here. The actual request was \$1.2 million offset by a million.

**Mr. Ken Chernick (Director, Planning, Analysis and Reporting Division, Health Canada):** If I could clarify that, the ongoing costs of the Krever commission are the responsibility of the Privy Council Office. If you're looking for those costs, you would find it in that area, not in our department.

**Mr. Culbert:** But wouldn't that have to be transferred over to your department?

**Mr. Chernick:** Well no, as Mr. Marquardt had said, our contribution to the overall cost of the Krever commission was \$1 million in this fiscal year. That's what was frozen in our A-base or existing estimates. Any additional costs of the Krever commission are being borne by the Privy Council Office.

**Mr. Hill:** The Patented Medicine Prices Review Board is set up to organize voluntary compliance with prices of drugs to look after the worry that patent medicines would drive the costs of drugs too high. Those funds that come to them are literally a fine to a drug company of fairly significant amounts of money. If I read the mandate of the PMPRB, it sounds like they're protecting the consumer and the provinces against price gouging. Yet when the money comes into the PMPRB, it doesn't go to the consumer or the provinces; it stays in general revenue.

• 1010

I'd love to know how to track those funds. Can you help me in tracking them?

**Mr. Marquardt:** You're correct, indeed, that they do go into the Consolidated Revenue Fund at the moment, but there is a cabinet document coming forward asking for approval to take that money back out of the Consolidated Revenue Fund and disperse it back to the provinces by whatever mechanism there is in terms of how they split it up. That will be visible in future years in these estimates.

**Mr. Hill:** This is the second time I've heard reference to this cabinet document. Is it something that's accessible to someone outside cabinet?

## [Translation]

**M. Culbert:** Mais si je comprends bien, madame la présidente, cet argent n'a de nouveau que le nom. Cet argent qui avait été mis de côté. Il était déjà là, du moins en partie, et il s'agit donc simplement d'une question de transfert de cette somme.

**M. Marquardt:** Les 262 000\$ constituent cependant bien des fonds nouveaux.

**M. Culbert:** Oui.

**M. Marquardt:** C'est de l'argent nouveau. Nous avons demandé 1,2 million de dollars et on nous a accordé 262 000\$. On nous a dit de prélever le million manquant sur notre budget. Nous allons donc réserver cet argent pour Krever, et au lieu d'un transfert nous recourrons à une écriture de compensation.

Je le répète, l'ennui avec ces prévisions, est qu'elles indiquent le montant net. Cela ne vous permet pas de voir les choses comme elles sont réellement. La demande effective était de 1,2 million de dollars, compensée par un million de dollars.

**M. Ken Chernick (directeur, Planification, Analyse et Rapport, Santé Canada):** Permettez-moi d'apporter une précision: les coûts permanents de la Commission Krever sont la responsabilité du Bureau du Conseil privé. Si vous voulez savoir ce que sont ces coûts, c'est là où vous les trouverez. Pas dans notre ministère.

**M. Culbert:** Mais ne devraient-ils pas être transférés à votre propre ministère?

**M. Chernick:** Non, comme M. Marquardt l'a dit, notre contribution au coût global de la Commission Krever a été de un million de dollars au cours de cet exercice financier. Ce montant a été bloqué dans nos services votés ou notre budget des dépenses existant. Les coûts additionnels éventuels de la Commission Krever sont assumés par le Bureau du Conseil privé.

**M. Hill:** Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés est chargé d'organiser l'observation volontaire des prix des médicaments afin d'éviter que les médicaments brevetés ne provoquent une augmentation trop importante du coût des produits pharmaceutiques. Les fonds mis à sa disposition sont littéralement une amende importante imposée à une société de fabrication de produits pharmaceutiques. Si j'ai bien compris le mandat du CEPMB, sa tâche est de protéger le consommateur et les provinces contre les profiteurs. Pourtant, lorsque le conseil récupère de l'argent, ce n'est ni le consommateur ni les provinces qui en bénéficient; cet argent reste dans les recettes générales.

J'aimerais bien pouvoir repérer ces fonds. Pourriez-vous m'aider à le faire?

**M. Marquardt:** Vous avez raison; cet argent est effectivement versé au Trésor en ce moment, mais il y a un document au Cabinet dans lequel on demande l'autorisation de récupérer cet argent et de le reverser aux provinces en utilisant les mécanismes existant de répartition. Cela apparaîtra dans les budgets des prochaines années.

**M. Hill:** C'est la seconde fois que j'entends mentionner ce document. En dehors des membres du Cabinet, peut-on y avoir accès?

[Texte]

**Mr. Marquardt:** Not at this point in time.

**Mr. Hill:** So it's in the working stage.

**Mr. Marquardt:** Yes.

**Mr. Hill:** That's advanced information for us.

**Mr. Marquardt:** When you look at the estimates for 1995-96, when they're published, if approvals have been obtained, you should see a net amount in PMPRB's budget. As you are well aware, it shows separately. It's under the Minister of Health, but it shows not within the department. It's a separate display all to itself, just as the MRC is.

**Mr. Hill:** That's a very satisfactory answer, actually.

The other thing I'd like you to do for me—and maybe this is my novice parliamentary viewpoint—is step back and give me an indication of where you think the department is going to go, in the short term and in the medium term, in terms of overall expenditures.

Is the Department of Health a department where we're likely to see the funds staying approximately the same as they have been? Is this a department that will see funds rising? Is this a department that will actually save money?

Could you just look at it from the standpoint of not the individual figures but the big picture?

**Mr. Marquardt:** We would have to wait for the results of the program review, but if we look at the trend of expenditures in Health Canada over the last three or four years, it has been subjected to all the budget reductions that all other departments have. Had it not been for new governmental initiatives, whether in tobacco or whatever, you probably would see a downward trend in our expenditures, as I'm sure you would see in most other departments, as well.

**Mr. Hill:** The national health care forum, in a budget of \$6 billion, was \$12 million. . . or maybe not that much, but I can't find it.

**Mr. Marquardt:** You can't find that because the department is funding the cost for that national forum out of its existing money. The red book, I believe, had figures of approximately \$3 million a year for four years. We are funding that internally.

**Mr. Hill:** Where?

**Mr. Marquardt:** Where are we funding it? If you look at vote 1b, operating expenditures, on page 36, you will see vote 1b, health operating expenditures, previous estimates, \$944 million. It is being taken out of that A-base.

When we produce the 1995-96 main estimates, which will be tabled in the House this coming spring, there will be an item in there on the national forum. It will show the costs.

**Mr. Chernick:** It will be shown as a separate sub-activity.

**Mr. Marquardt:** It will show what expenditures have been forecasted to be incurred for 1994-95, there will be a description of what has been accomplished to date and what their objectives are for the future, and it will show expenditure.

[Traduction]

**M. Marquardt:** Pas pour le moment.

**M. Hill:** Il est donc encore au stade de la préparation.

**M. Marquardt:** Oui.

**M. Hill:** Voilà donc une information qui nous vient très tôt.

**M. Marquardt:** Lorsque le budget de 1995-1996 sera publié, si les approbations ont été obtenues, vous devriez y trouver un montant net dans le budget du CEMPB. Comme vous le savez, il est distinct. Le conseil relève du ministre de la Santé, mais son budget n'apparaît pas dans celui du ministère. Il est totalement distinct, comme celui de CRM.

**M. Hill:** Voilà une réponse très satisfaisante.

Ce que je souhaiterais également que vous fassiez—peut-être est-ce là le député novice qui parle—c'est d'essayer de prendre un peu de recul pour me dire ce que pourrait-être, selon vous, les dépenses globales du ministère à court terme et à moyen terme.

Le ministère de la Santé est-il un ministère où il est probable que le budget demeurera à peu près stationnaire? Est-ce un ministère dont le budget augmentera? Est-ce un ministère qui va faire des économies?

Pourriez-vous faire cet effort de projection, non pas en vous appuyant sur des chiffres individuels, mais sur le budget global?

**M. Marquardt:** Pour cela, il nous faudra attendre les résultats de l'examen des programmes, mais si l'on considère la tendance des dépenses, à Santé Canada, au cours de ces trois ou quatre dernières années, on constate que son budget a été soumis aux mêmes réductions que celui de tous les autres ministères. S'il n'y avait pas eu de nouvelles initiatives gouvernementales, que ce soit dans le domaine du tabagisme ou ailleurs, vous auriez probablement pu constater une baisse de nos dépenses, comme vous le verriez certainement dans le cas de la plupart des autres ministères.

**M. Hill:** Le Forum national sur la santé, dans un budget de 6 milliards de dollars, représentait 12 millions de dollars. . . ou peut-être pas tout à fait, mais je ne réussis pas à trouver le chiffre.

**M. Marquardt:** Vous ne pouvez pas le trouver car le ministère finance le coût de ce forum national avec ses propres fonds. Je crois que le Livre rouge indiquait des chiffres d'environ 3 millions de dollars par an pendant quatre ans. Nous utilisons donc nos ressources internes pour cela.

**M. Hill:** Où cela se trouve-t-il?

**M. Marquardt:** Où? Si vous regardez le crédit 1b—dépenses de fonctionnement, à la page 57, vous verrez que les prévisions précédentes étaient de 944 millions de dollars. C'est donc pris sur ces services votés.

Notre budget des dépenses principal pour 1995-1996, qui sera déposé à la Chambre au printemps prochain, comprendra une rubrique pour le forum national, qui en indiquera les coûts.

**M. Chernick:** Cela apparaîtra sous la forme d'une sous-activité distincte.

**M. Marquardt:** Cette rubrique indiquera les dépenses prévues pour 1994-1995, ainsi qu'une description des résultats obtenus jusqu'à présent, des objectifs ainsi que les dépenses.



## [Text]

**Mr. Hill:** This is a new process for government, to do what we're doing here. Is this process of use?

**Mr. Marquardt:** It is of use if it helps you understand the process and the numbers a little better. It's still very confusing. I would hope, again, with the changes they're anticipating making to the expenditure management system and ultimately to the estimates, there will be more specificity or perhaps visibility of some of the types of numbers you want to see.

• 1015

**Mr. Szabo:** I'm getting ready to wind it down, I think. Let's go back to... I guess the principle is one of the reasons why I'm here. It's a good lead-in, Dr. Hill.

I don't know how far back we can recollect, but let's say over the last ten fiscal periods, has the Department of Health ever exceeded or been significantly below its budgeted amounts?

**Mr. Marquardt:** No. I can say quite confidently that over the last several years we have been within maybe 1% of our total controllable budget, exclusive of the transfers to the provinces on health care. It's very, very, very close.

**Mr. Szabo:** I'm sorry to hear that, for a couple of reasons. I think it's one of the reasons why probably most members of Parliament, who are under a great deal of pressure to demonstrate that fiscal responsibility is always going to be in the forefront... The indictment of any level of government has been that you get a budget and you always spend your budget and it always happens at the very end, and you just ram it all through to make sure you're bang on.

I must tell you I would be more comforted if budgets weren't always met. I'd rather see a budget blown and have the explanation as to why we did this, because it's not a matter of just keeping within your budget. I also would like to see a budget not come in or come in well under budget, or be under budget by some amount, saying we found ways to be efficient or we found that although we had the appropriations, we got what we needed in other ways. So we were somehow able to deliver some savings.

Now, the game can be played. If you say there's the safe way... I assume the safe route is to come in within 1% of budget. That doesn't raise any red flags and nobody asks anything.

I wonder if there is any will anywhere within the system of fiscal management to say that you, as deliverers of a service and operating within an envelope, have any incentive? Is there any incentive whatsoever for you to save a dollar?

**Mr. Marquardt:** That's a difficult question. Let me answer by stating that there is a mechanism recently introduced by the board—three or four years ago now, I guess. They have said that if you were letting money lapse at year-end, and this

## [Translation]

**M. Hill:** Ce que nous faisons ici représente un nouveau processus pour le gouvernement. Est-il utile?

**M. Marquardt:** Il est utile dans la mesure où il vous aide à comprendre un peu mieux les chiffres et le fonctionnement du processus. Mais cela demeure malgré tout très compliqué. J'espère également que grâce aux changements que l'on a l'intention d'apporter au système de gestion des dépenses et éventuellement au budget des dépenses, certains des chiffres qui vous intéressent seront plus spécifiques ou peut-être plus visibles.

**M. Szabo:** Je crois que je suis prêt à conclure. Revenons à... Je crois qu'une des raisons pour lesquelles je suis ici, c'est pour parler du principe de tout cela. C'est une bonne introduction, monsieur Hill.

Je ne sais pas jusqu'où remontent vos souvenirs, mais au cours des 10 derniers exercices financiers, le ministère de la Santé a-t-il largement excédé son budget ou, au contraire, est-il resté sensiblement en-deçà?

**M. Marquardt:** Non. Je peux affirmer que ces dernières années nous avons respecté notre budget contrôlable global à 1 p. 100 près environ, à l'exclusion des transferts aux provinces. Nous avons donc serré notre budget d'extrêmement près.

**M. Szabo:** Je regrette de vous l'entendre dire, et cela pour deux raisons. Je crois que l'une des raisons pour lesquelles la plupart des députés qui, à cause des fortes pressions auxquelles ils sont soumis, sont tenus de montrer que leur premier souci est toujours celui de la responsabilité financière... Ce que l'on reproche à tous les ordres de gouvernement, c'est que lorsqu'il lui reste de l'argent sur son budget, il le dépense toujours à la dernière minute afin d'être certain de tomber absolument juste.

Je vous avoue que je préférerais de beaucoup que les budgets ne soient pas toujours respectés. Je préférerais qu'on dépasse un budget, à condition de m'expliquer pourquoi, car s'en tenir exactement à son budget n'est pas toujours ce qui compte le plus. J'aimerais aussi qu'il arrive parfois qu'une partie plus ou moins importante d'un budget n'ait pas été utilisée et qu'on me dise que c'est parce qu'on a trouvé des moyens d'améliorer l'efficacité ou parce qu'en dépit du montant des crédits votés, on a réussi autrement à obtenir ce dont on avait besoin, ce qui a permis de réaliser des économies.

Bien sûr, on peut jouer le jeu. Si vous dites que c'est la méthode sans danger... Je suppose que la méthode la plus sûre est de s'en tenir à 1 p. 100 du budget. Cela ne fait pas dresser l'oreille et personne ne vous pose de questions.

Dans notre système de gestion financière, y a-t-il quoi que ce soit pour vous encourager à faire des économies, vous qui fournissez un service et fonctionnez avec une enveloppe budgétaire?

**M. Marquardt:** Il est difficile de répondre à votre question. Je dirai simplement que le Conseil du Trésor a récemment mis en oeuvre un nouveau mécanisme—cela remonte à trois ou quatre ans, je crois. Selon ce mécanisme, si tous vos fonds ne



[Texte]

applies to the operating budget money, you were allowed to roll over a certain amount to the next fiscal year—the old reprofile, but it's now called rollover. Last year they upped that percentage. It used to be about 2%. They upped it last year to 5% of your total program.

Is there an incentive to do that? I guess, apart from getting a good appraisal and a pat on the back saying you've done a good job and you've achieved what you intended with less money, no, there's no incentive.

**Mr. Szabo:** If you didn't roll it over, you would—

**Mr. Marquardt:** You'd lose it.

**Mr. Szabo:** If you didn't roll it over, you'd probably find ways to spend it?

**Mr. Marquardt:** Well, to be fair, there are always a lot of demands on any particular program, and I know we have a list of outstanding projects that want funding for research or whatever. There's always a long list of things we can't do in particular because of lack of funds. Indeed, let's suppose something falls off track somewhere and you have another very important project waiting in the wings that helps you meet your objective in another way, then the money is redirected. So maximizing the use of resources has certainly been an occupation of all managers, program managers and financial managers, in the government for the last several years with the ever-reducing budgets we have.

• 1020

**Mr. Szabo:** Finally, in the whole Health group, how many people would have dollars that they had discretion to use? How many people are really involved in the fiscal management of Health Canada's funds?

**Mr. Marquardt:** We have approximately 6,500 people. We have what we call responsibility centre managers, who have a budget assigned to them for which they are responsible. I think we have 1,200 managers in a very hierarchical structure, of course, depending on the program and where you are.

**Mr. Szabo:** Thank you.

**La vice-présidente (Mme Picard):** D'autres questions? Madame Bridgman.

**Ms Bridgman:** Thank you, Madam Chairman.

I'd just like to follow up on a couple of points. I'm going back to these five-year programs again. To illustrate, we could use the Building Healthy Communities program.

I don't quite understand how the money is actually identified when we establish a five-year program. Do we look at our program, say what we want to do, estimate what the cost would be over five years and then divvy it up as we go through the various phases within that estimate? Or is it the kind of five-year program we plan as we go along and then debate for the moneys we need?

[Traduction]

sont pas utilisés à la fin de l'année, y compris le budget de fonctionnement, vous êtes autorisé à en reporter une partie sur l'exercice financier suivant—c'est ce qu'on appelait autrefois le report de fonds, et aujourd'hui, le roulement. L'an dernier, le Conseil du Trésor a augmenté le pourcentage qui est passé de 2 p. 100 à 5 p. 100 du programme total.

Y a-t-il quelque chose qui nous encourage à le faire? Rien, sinon la satisfaction d'obtenir une bonne évaluation et l'encouragement du patron qui vous dit que vous avez fait du bon travail et que vous avez atteint vos objectifs en dépensant moins d'argent.

**M. Szabo:** Si vous ne reportiez pas cet argent, vous. . .

**M. Marquardt:** Nous le perdriions.

**M. Szabo:** Si vous ne le reportiez pas, vous trouveriez probablement des moyens de l'utiliser?

**M. Marquardt:** En toute franchise, tout programme est très sollicité et je sais que nous avons une liste de projets en suspens pour lesquels les responsables voudraient de l'argent pour la recherche ou autre chose. Il y a toujours une longue liste de choses que l'on ne peut pas faire par manque d'argent. Supposons, par exemple, qu'un projet déraile et qu'il y en a un autre, très important, qui attende dans les coulisses et qui vous aiderait à atteindre votre objectif d'une autre manière; dans ce cas-là on réaffecte l'argent. Donc, tirer le maximum des ressources disponibles a indiscutablement été la préoccupation de tous les gestionnaires, les gestionnaires de programmes et gestionnaires financiers au gouvernement, depuis ces dernières années, étant donné la diminution constante des budgets.

**M. Szabo:** Dans l'ensemble du groupe de la Santé, combien de personnes disposent de fonds qu'elles peuvent utiliser de manière discrétionnaire. Combien de personnes assurent, en réalité, la gestion des fonds de Santé Canada?

**M. Marquardt:** Nous avons environ 6 500 employés. Nous avons ce que nous appelons des gestionnaires de centre de responsabilité qui sont responsables de leur budget. Je crois que nous en avons 1 200 dans un système très hiérarchisé, naturellement, en fonction du programme et de l'endroit où vous vous trouvez.

**M. Szabo:** Merci.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Other questions? Mrs. Bridgman.

**Mme Bridgman:** Merci, madame la présidente.

Je voudrais reprendre deux ou trois points. Je reviens encore une fois à ces programmes quinquennaux. À titre d'exemple, nous pourrions utiliser le programme «Collectivités en bonne santé».

Je ne comprends pas très bien comment l'argent est ventilé lorsqu'on établit un programme quinquennal. Après avoir décidé de ce que l'on veut faire, estime-t-on le coût global sur cinq ans et divise-t-on ensuite le montant en fonction des diverses étapes? Ou s'agit-il du genre de programme quinquennal que l'on planifie au fur et à mesure et pour lequel on demande ensuite l'argent dont on a besoin?

[Text]

I read things like a total of \$243 million, along with a current budget of \$81.5 million, has been allocated to Building Healthy Communities. Then I look in here and I also see another \$29 million. I don't quite understand if there's an estimated ceiling somewhere or if we just sort of move along as we go through the phases.

**Mr. Marquardt:** Whether it's that particular program, tobacco or whatever, quite often these programs have a time-limited approval. This particular one could have been approved for a five-year period, and it would have been approved based on a certain amount for every particular year, with a ceiling of whatever the total was for that four-or five-year period.

The only flexibility we have is to move money—to reprofile money—from one year to the next to meet the demands of the particular program delivery issues, but again, you do not see that total portrayed anywhere in the estimates. If you look under part III for any particular department, they may, for certain programs, show the total approval and the estimated expenditure levels for any particular year.

**Ms Bridgman:** So you have to address the program specifically.

**Mr. Marquardt:** For instance, to find Building Healthy Communities, you have to look in our part III under medical services branch, find the particular activity where this particular program is and then you would see a description of it and the costs assigned to it.

**Ms Bridgman:** The other thing I'm having difficulty with—and I'm thinking again of fiscal responsibility and trying to find an area where, instead of having to spend more money, we've actually saved some money—is the recent example of the position of the principal nursing officer being deleted and that department being closed.

I would assume the moneys should be reflected somehow in the operating costs of Health Canada, in employee benefits or in any of the figures we see here, but we don't see these specific kinds of "money-saving" initiatives that have been taken. All we see, basically, is the need for more money.

I just don't understand where these things get lost or where it is reflected that there was actually some activity done along this line to streamline or whatever.

**Mr. Marquardt:** They are reflected in that if you were to look in our estimates, you would find a reduction for operating budgets and you would find whatever the number may be for any particular year. Within that amount would be the principal nursing officer reduction. It would be identified in the estimates as the savings we had generated to meet the cuts that have been imposed on the department.

[Translation]

J'ai lu qu'en plus d'un budget courant de 81,5 millions de dollars, on avait alloué un total de 243 millions de dollars aux Collectivités en bonne santé. Mais lorsque je regarde ce document, je trouve 29 millions de dollars de plus. Je ne comprends pas très bien si l'on a prévu un plafond quelque part ou si l'on se contente de demander de l'argent au fur et à mesure.

**M. Marquardt:** Qu'il s'agisse de ce programme, de la stratégie de réduction de la demande tabagique ou d'autre chose, leur approbation est limitée dans le temps. Dans ce cas particulier, un certain budget est approuvé pour une période de cinq ans, ainsi qu'un certain montant pour chaque année, avec un plafond pour ces quatre ou cinq ans.

La seule latitude dont nous disposons est que nous pouvons réaffecter l'argent—le reporter—d'une année à l'autre afin de répondre aux exigences de prestation du programme, mais je le répète, ce total n'apparaît nulle part dans le budget des dépenses principal. Si vous consultez la partie trois, pour n'importe quel ministère, les prévisions globales de dépenses ainsi que les montants annuels apparaissent parfois.

**Mme Bridgman:** Les données sont donc spécifiques au programme.

**M. Marquardt:** Par exemple, si vous voulez trouver le programme «Collectivités en bonne santé», vous devez consulter notre partie III sous la rubrique Direction générale des services médicaux, trouver l'activité particulière à laquelle ce programme correspond et vous en aurez alors une description ainsi que les coûts qui lui sont affectés.

**Mme Bridgman:** L'autre chose que j'ai dû mal à comprendre—et je parle encore de responsabilité financière et de la volonté de trouver des domaines où l'on peut faire des économies au lieu de dépenser plus d'argent—c'est l'exemple récent de la suppression du poste d'agent principal des services infirmiers et la fermeture de ce service.

J'aurais pensé que les fonds apparaîtraient quelque part dans les coûts de fonctionnement de Santé Canada, tant à la rubrique des avantages sociaux ou quelque part dans les chiffres que nous avons ici, mais ces initiatives destinées à «économiser de l'argent» n'apparaissent nulle part. Tout ce que nous constatons, c'est que vous avez besoin de plus d'argent.

Je ne réussis pas à comprendre où toutes ces choses disparaissent ni où on peut constater qu'un effort de rationalisation ou d'économie a été fourni.

**M. Marquardt:** Cela apparaît dans le fait que notre budget des dépenses révèle une réduction du budget de fonctionnement et cela apparaît également dans le chiffre correspondant à une année donnée. C'est sur ces chiffres que la suppression du poste d'agent principal des services infirmiers a une influence. Dans le budget, cela apparaîtrait sous la forme des économies que nous avons réalisées à la suite des compressions imposées au ministère.



[Texte]

[Traduction]

• 1025

Indeed, we probably don't go into a great amount of detail on some of the cuts and reductions that have been made, but they are all covered and you can see a reduction in the estimates. Again, you have to get down to the activity where it is. You can't look at the \$944 million we have and say that's a little more or less than it was last year, and how much was the principal nursing office, because it is too large.

You would have to find out where that principal nursing office was located, and if it was within the organization of health. It was in the administration program, I believe, at that time. In the administration program, there would be a reduction in that budget from year to year, and there may be a description in there of all the various reductions we have made. Most likely, we just talk about it in general terms.

**Ms Bridgman:** So basically, to understand this better, it is an absolute necessity to have part III.

**Mr. Marquardt:** Yes.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Y a-t-il d'autres questions? Non.

Madame, messieurs, je vous remercie de votre disponibilité et d'avoir répondu aussi patiemment à nos questions. Je vous souhaite une bonne fin de journée.

Je vais demander aux membres du Comité de rester parce que nous devons procéder à l'adoption des crédits. M<sup>me</sup> Hall va nous expliquer comment on va procéder.

**The Clerk of the Committee:** It is okay, you can leave, if you like—the practice followed with votes is that most committees do not adopt a report after hearing the supplementary estimates. When a committee does not adopt a report and the deadline date comes up in the House, they are deemed to have reported back to the House in favour of the votes.

A committee can opt to adopt a report and table it in the House. They can adopt a report adopting the different votes. They can negative a vote simply by saying no when the question is asked, is vote 1 accepted? Or they can choose to reduce a vote. That would require a motion and adoption by the committee.

So those are the options. Actually, at this point in time it would be difficult to go through with a vote on the report, because we don't have a quorum. If Madam Dalphond-Guiral comes back. . . But as I say, the option is there. If you simply do nothing, it is deemed to have been reported back to the House by all the committees in favour of the vote.

**Ms Bridgman:** Just to expand a bit further on that, when you say "adopt a report", is that the same sort of process where, if you vote against a particular vote, for example, you can append a statement for clarity? We are not saying that, are we?

**The Clerk:** No, if you want to add anything of substance, if you want to make any substantive comments, that has to be done in a separate report.

The report is very short, and it simply says that your committee reports that vote 1 was adopted, vote 5 was negatived, vote 10 was adopted, vote 25 was adopted.

Effectivement, nous ne fournissons probablement pas beaucoup de détails sur certaines des compressions et réductions imposées, mais tout y est comme le montre la réduction du budget. Vous ne pouvez pas prendre les 944 millions de dollars dont nous disposons et dire que c'est un peu moins ou un peu plus que ce que nous avons l'an dernier. On ne peut pas demander combien coûtait le Bureau des soins infirmiers principal parce que c'est trop général.

Pour cela, il faudrait que vous découvriez où se trouve ce bureau et que vous déterminiez s'il relève de l'organisation de la santé. A l'époque, il faisait partie du programme d'administration. Dans ce programme, on indiquerait le montant annuel de réduction budgétaire et on fournirait peut-être une description des secteurs frappés par ces diverses réductions. Il est cependant plus probable que nous en parlions en termes généraux.

**Mme Bridgman:** Donc, si je comprends bien, il est absolument indispensable d'avoir la Partie III.

**M. Marquardt:** Oui.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Are there any other questions? No.

Lady and gentlemen, thank you for making yourselves available and for being so patient in your answers. I wish you a good day.

I am going to ask the members of the Committee to stay because we have to vote on the estimates. Mrs. Hall will explain to you how we're going to proceed.

**La greffière du Comité:** Vous pouvez vous en aller, si vous le désirez—selon l'habitude, la plupart des comités n'adoptent un rapport qu'après avoir entendu le budget des dépenses supplémentaires. Lorsqu'un comité n'adopte pas un rapport et que la date d'échéance à la Chambre intervient, on considère qu'il a accepté les crédits.

Un comité peut décider d'adopter un rapport et de le déposer à la Chambre. Il peut adopter un rapport avec divers crédits. Il peut aussi rejeter un crédit en répondant par la négative à la question: le crédit 1 est-il accepté? Il peut enfin décider de réduire un crédit. Pour cela, il faut présenter une motion qui doit être adoptée par le comité.

Voilà donc les diverses options possible. En fait, il serait difficile, en ce moment, de voter sur le rapport, parce que nous n'avons pas de quorum. Si M<sup>me</sup> Dalphond-Guiral revient. . . Mais je répète, c'est une des options. Si vous ne faites rien, le crédit est présumé être approuvé par tous les comités.

**Mme Bridgman:** Allons un peu plus loin: Lorsque vous dites «adopter un rapport», cela revient-il au même que de dire que lorsque vous votez contre un crédit particulier, vous pouvez annexer une explication? Ce n'est pas cela, n'est-ce pas?

**La greffière:** Non, si vous voulez ajouter un commentaire important, un rapport distinct est nécessaire.

Le rapport est très bref; il indique simplement que votre comité a adopté le crédit 1, qu'il a rejeté le crédit 5, qu'il a adopté le crédit 10, et aussi le crédit 25.



[Text]

[Translation]

**Ms Bridgman:** Is there a rationale as to why?

**The Clerk:** No, it is very straightforward. As I say, the committee can then adopt a report that explains the concern, but it takes a quorum.

**Mme Bridgman:** Y a-t-il un raison pour cela?

**La greffière:** Non, c'est très simple. Comme je le disais, le comité peut alors adopter un rapport qui explique les réserves, mais il faut un quorum.

• 1030

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Mr. Szabo.

**Mr. Szabo:** I think it's been a useful meeting to educate ourselves again. I hope we will continue to support doing this when the next supplementary estimates come out. I would hope that as a result of the interaction we've had with the ministry officials, etc., the points that have been raised will stay with us for possible consideration of a report at some time. I think the transcript will show that we have raised some interesting angles.

I wasn't very much helped by the presentation that was made this morning. I think that's a lesson learned. Maybe the instructions to our witnesses should be a little more specific, because otherwise it kind of throws the onus on us to find things. I think the whole process might be a little bit easier if we could get some assistance focusing in.

I would be happy to work with the colleagues on the committee to make sure this is a building process and that we will continue to educate ourselves and to share some thoughts. I would hope that at some point we will be in a position to do a report on our review of the estimates.

I would think that maybe by the time we get the next estimates for the next budget, that would be a good target, simply because I think this committee can raise some interesting points and show that, as the Auditor General has pointed out, members of Parliament and committees can in fact play a greater role in this process. I hope everybody would support continuing with the subject-matter as the opportunities arise and that we would look forward to doing some reports.

Having said all that, I have a feeling that at this point I don't think I see a need to respond. I would be satisfied with the deemed acceptance.

**Mr. Hill:** The only thing I'd like to add to this is that we have some information coming to the committee now from the officials. Knowing how committees work, I can image us forgetting that we need to set aside an hour sometime. I would like to set aside an hour in a committee meeting, maybe when we come back from the break, and just review the data that we get and maybe talk about how we could improve the process for next time.

It is a relatively new thing we're doing here. If it is beneficial—and my assessment is that it could be more beneficial if we and the officials were better prepared and if we had an actual physical thing we were trying to do—I would suggest that we try to not just push this away. We'll get busy and forget.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Docteur Hill, en faites-vous une motion?

**M. Hill:** Oui, j'ai fait une motion à cet effet: qu'une heure soit réservée pour cela après le retour de la Chambre après les fêtes de Noël.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Monsieur Szabo.

**M. Szabo:** Je crois que cette réunion a été instructive. J'espère que nous continuerons de procéder ainsi lors de la présentation du prochain budget des dépenses supplémentaire. J'espère que grâce au dialogue avec les représentants du ministère, etc., nous conserverons en mémoire les points soulevés afin de présenter éventuellement un rapport à ce sujet. La transcription montrera que nous avons évoqué des points intéressants.

L'exposé fait ce matin ne m'a pas beaucoup aidé. Je crois qu'il y a une leçon à en tirer. Il conviendrait peut-être de donner des instructions un peu plus précises à nos témoins, car sans cela, nous sommes obligés de trouver nous-mêmes des explications. Je crois qu'un peu plus de précision faciliterait les choses.

Je suis tout à fait prêt à collaborer avec mes collègues du Comité pour que nous continuions à nous instruire et à entretenir un dialogue. J'espère qu'un moment viendra où nous pourrions présenter un rapport sur notre examen des prévisions budgétaires.

Je crois que le bon moment serait celui de la présentation du prochain budget des dépenses, car je pense vraiment que ce comité est en mesure de soulever des points intéressants et de montrer que, comme le disait le vérificateur général, les députés et les comités sont capables de jouer un rôle plus important dans ce processus. J'espère que tout le monde sera d'accord pour suivre l'étude de ces questions en fonction des circonstances et pour présenter des rapports.

Cela dit, j'ai l'impression qu'une réaction n'est pas nécessaire. Une acceptation me suffirait.

**M. Hill:** Je voudrais simplement ajouter que les fonctionnaires nous fournissent maintenant les informations. Sachant comment les comités fonctionnent, je n'ai aucun mal à m'imaginer que nous allons oublier de réserver une heure à un moment ou à un autre. Je voudrais donc que le comité se réserve une heure, peut être après les fêtes pour examiner les données qui nous ont été fournies et peut-être discuter de la manière d'améliorer le processus pour la prochaine fois.

Ce que nous faisons est relativement nouveau. Si c'est utile de—et je pense que ce serait plus utile si les fonctionnaires et nous-mêmes étions mieux préparés et si nous avions un objectif concret—je suggère donc d'essayer de ne pas négliger cette question. Nous allons être absorbés par autre chose et oublier.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Dr. Hill, do you want to make it a motion?

**Mr. Hill:** Yes I have the following motion to present: that we set aside one hour when we return, after the Christmas break.

[Texte]

**La vice-présidente (Mme Picard):** D'accord.

La motion est adoptée

**Ms Bridgman:** In relation to what Paul has just said about a continuous follow-up on this, I wonder if it might be prudent to put a motion now to bring back the department for the 1995-96 set of estimates, which would give direction to the clerks to make that arrangement or something. I think the estimates come out around March or so.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Madame Bridgman, on me dit que c'est automatique lorsque le budget des dépenses est déposé au Comité.

[Traduction]

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Okay.

The motion is agreed

**Mme Bridgman:** Paul vient de proposer d'assurer un suivi permanent, et je me demande s'il ne serait pas prudent de présenter une motion en faveur du rappel du ministère pour le budget des dépenses 1995-1996, et pour donner des instructions à cet effet aux greffiers. Je crois que ces budgets sortent vers le mois de mars.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Mrs. Bridgman, I am told that the estimates are automatically submitted to the committee.

• 1035

**Ms Bridgman:** We don't have to make a motion to have them come.

**La vice-présidente (Mme Picard):** C'est cela.

**The Clerk:** I was just pointing out to the chair that the time when we receive the order of reference from the House for the main estimates would be the time to move a motion saying that we want to have a meeting. At this point, we actually haven't received the order of reference for the main estimates. You could pass a motion saying that when the committee receives the order of reference we'll have a meeting. But it's pretty standard practice that once you get the order of reference, most committees do proceed with hearings on the main estimates, and there's a motion at that time.

**Ms Bridgman:** Yes, but you still have to put a motion to the floor of the committee.

**The Clerk:** That's right.

**Mr. Culbert:** Madam Chair, may I speak to that? I really don't see any problem. Maybe that's procedure and how it's been done in the past. That's all well and good. But while we're on the subject, I think Ms Bridgman is right on as far as I'm concerned, and I would concur. I think it would be very prudent to let him know well in advance that we would expect him to come before this committee. We would expect him to be well prepared to answer our questions relative to what they're requesting of us or of Parliament, when he does so.

**Ms Bridgman:** It allows for us to be better prepared if we know that this is actually going to happen, and maybe I can be more familiar with part III and get in the right year.

**Mr. Szabo:** It will be 1995 by then.

La motion est adoptée

**La vice-présidente (Mme Picard):** La prochaine réunion est fixée au jeudi 8 décembre à 20h30. Nous allons alors recevoir les différents témoins des groupes autochtones dans cette pièce-ci.

**M. Szabo:** On se réunit?**La vice-présidente (Mme Picard):** Oui.**M. Szabo:** Pourquoi?**Mme Bridgman:** Une motion n'est pas nécessaire.**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** That's right.

**La greffière:** Je faisais justement observer à la présidente que c'est au moment où nous recevons de la Chambre l'ordonnance de renvoi du budget des dépenses principaux, qu'il conviendrait de présenter une motion en faveur de la tenue d'une réunion. Pour le moment, nous n'avons pas encore reçu cette ordonnance de renvoi. Nous pourrions donc adopter une motion disant que lorsque le Comité reçoit l'ordonnance de renvoi, nous tiendrons une réunion. Mais de toute façon, la pratique veut que lorsqu'une ordonnance de renvoi a été reçue, la plupart des comités entreprennent une série d'audiences sur le budget des dépenses principaux et qu'une motion est alors présentée.

**Mme Bridgman:** Mais il demeure qu'une motion doit être présentée devant le Comité.

**La greffière:** C'est exact.

**M. Culbert:** Madame la présidente, puis-je faire une remarque à ce sujet? Je ne vois vraiment pas de problème. Peut-être est-ce la procédure observée jusqu'à présent, ce qui est très bien, mais puisque nous en parlons, je crois que M<sup>me</sup> Bridgman a raison. Je crois qu'il serait très prudent de lui faire savoir, longtemps à l'avance, que nous nous attendons à ce qu'il compare devant le Comité. Nous nous attendons à ce qu'il soit bien préparé pour répondre aux questions portant sur ce que l'on nous demande à nous ou à la Chambre.

**Mme Bridgman:** Savoir ce qui va en fait se passer nous permettra d'être mieux préparés et je connaîtrai ainsi peut-être mieux la partie III et l'année appropriée.

**M. Szabo:** On sera alors en 1995.

The motion is agreed

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** The next meeting will take place on Thursday December the 8th, at 8:30 p.m. We will then hear the representatives of various native groups, in the same room.

**Mr. Szabo:** We are going to meet?**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Yes.**Mr. Szabo:** Why?

---

[Text]

**La vice-présidente (Mme Picard):** On va recevoir un groupe pendant une heure. Ce sont des psychiatres et des psychologues qui ont un colloque ici, à Ottawa, et ils nous ont demandé une heure. Nous avons prévu de commencer à 20h30.

La séance est levée.

[Translation]

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** We will hear a group during one hour. It is a group of psychiatrists and psychologists who have a conference in Ottawa, and they asked for one hour. So we plan to start at 8:30 p.m.

The meeting is adjourned.

---





**MAIL  POSTE**

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

**Lettermail****Poste—lettre****8801320  
OTTAWA**

*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

**WITNESSES***From Health Canada:*

Orvel Marquardt, Director General, Departmental Planning and  
Financial Administration Directorate;

Ken Chernick, Director, Planning, Analysis and Reporting Division.

*From the Medical Research Council of Canada:*

Guy D'Aloisio, Director of Finance;

Dr. Mary Ann Linseman, Acting Director of Programs.

**TÉMOINS***De Santé Canada:*

Orvel Marquardt, directeur général, Planification ministérielle et  
administration financière;

Ken Chernick, directeur, Planification, analyse et rapports.

*Du Conseil de recherches médicales du Canada:*

Guy D'Aloisio, directeur des finances;

D<sup>r</sup> Mary Ann Linseman, directrice intérimaire des programmes.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

C41  
XC 28  
- 439

GOVERNMENT  
OF CANADA

HOUSE OF COMMONS

CHAMBRE DES COMMUNES

Issue No. 20

Fascicule n° 20

Thursday, December 8, 1994

Le jeudi 8 décembre 1994

Chair: Roger Simmons

Président: Roger Simmons

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*      *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Health

## Santé

---

### RESPECTING:

### CONCERNANT:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of a study on mental health and the aboriginal peoples of Canada

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, considération d'une étude concernant la santé mentale et les peuples autochtones du Canada

---

### WITNESSES:

### TÉMOINS:

(See back cover)

(Voir à l'endos)



---

First Session of the Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la trente-cinquième législature, 1994

---



## STANDING COMMITTEE ON HEALTH

*Chair:* Roger Simmons

*Vice-Chairs:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Members

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Associate Members

Madeleine Dalphond—Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
Réal Ménard  
John Murphy  
Svend J. Robinson  
Andy Scott

(Quorum 6)

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

*Président:* Roger Simmons

*Vice-présidents:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Membres

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Membres associés

Madeleine Dalphond—Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
Réal Ménard  
John Murphy  
Svend J. Robinson  
Andy Scott

(Quorum 6)

*La greffière du Comité*

Nancy Hall

## MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, DECEMBER 8, 1994

(32)

[Text]

The Standing Committee on Health met at 8:45 o'clock a.m. this day, in Room 308, West Block, the Acting Chair, Paul Szabo, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Bernard Patry, Pauline Picard, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore and Nancy Miller-Chénier, Research Officers.

*Witnesses: From the Nechi Institute:* Maggie Hodgson, Executive Director. *From the Anishnawbe Health Centre, Toronto:* Shirley Morrison, Manager, Health Program. *From the Waseskun House:* Daniel Paul Bork, Board Member; Andrew Giasson, Board Member. *From the Native Physician's Association of Canada:* Dr. Vince Tookenay, President; Dr. A. Blue, Psychologist, Open Arrow Clinic; Dr. Thomas Dignan, South Muskoka Memorial Hospital.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), the Committee proceeded to the consideration of its study on mental health and the aboriginal peoples of Canada (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

Maggie Hodgson of the Nechi Institute made an opening statement and answered questions.

At 8:50 o'clock a.m., Paul Szabo left the Chair and Pauline Picard, the Acting Chair presided.

Shirley Morrison of the Anishnawbe Health Centre made an opening statement and answered questions.

Daniel Paul Bork and Andrew Giasson of Waseskun House each made an opening statement and answered questions.

At 10:50 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 11:00 o'clock a.m., the sitting resumed.

Dr. Vince Tookenay, Dr. Thomas Dignan and Dr. Art Blue each made opening statements and answered questions.

At 12:05 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

Clerk of the Committee

## PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 8 DÉCEMBRE 1994

(32)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à 8 h 45, dans la salle 308 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Paul Szabo (*président suppléant*).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Bernard Patry, Pauline Picard, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

*Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Odette Madore et Nancy Miller-Chénier, attachées de recherche.

*Témoins: De l'Institut Nechi:* Maggie Hodgson, directrice exécutive. *De «Anishnawbe Health Centre», Toronto:* Shirley Morrison, gérante, Programme de la santé. *De la Maison Waseskun:* Daniel Paul Bork, membre du conseil; Andrew Giasson, membre du conseil. *De l'Association des médecins autochtones du Canada:* D<sup>r</sup> Vince Tookenay, président; D<sup>r</sup> A. Blue, psychologue, Clinique «Open Arrow»; D<sup>r</sup> Thomas Dignan, Hôpital «South Muskoka Memorial».

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité examine un mandat relatif à son étude sur la santé mentale et les autochtones du Canada (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*).

Maggie Hodgson, de l'Institut Nechi, fait un exposé et répond aux questions.

À 8 h 50, Paul Szabo quitte le fauteuil et Pauline Picard le remplace.

Shirley Morrison, du Centre Anishnawbe de Toronto, fait un exposé et répond aux questions.

Daniel Paul Bork et Andrew Giasson, de la Maison Waseskun, font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 10 h 50, la séance est suspendue.

À 11 heures, la séance reprend.

Vince Tookenay, Thomas Dignan et Art Blue font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 12 h 05, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Nancy Hall

[Text]

## EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, December 8, 1994

● 0840

**The Clerk of the Committee:** I call the meeting to order. I would suggest that the members consider electing an acting chairman for the meeting.

**Mrs. Ur (Lambton—Middlesex):** I suggest Mr. Szabo.

Motion agreed to

**The Acting Chairman (Mr. Szabo):** Good morning.

Ms Hodgson is executive director of the Nechi Institute.

I would like to apologize on behalf of the committee members who are here for those who are not here, because it's an important matter that we're starting into. We are pleased that you've been able to come before us and we look forward to having your input on aboriginal health issues. We invite you to tell us a bit about the Nechi Institute and to address the committee.

● 0845

**Ms Maggie Hodgson (Executive Director, Nechi Institute):** One of the things we say in Indian country is that we now have more chiefs than Indians. It looks as if we have more Indians than chiefs here.

**The Acting Chairman (Mr. Szabo):** Touché.

**Ms Hodgson:** Thank you very much for the opportunity to be able to present to you. When I received the letter advising that, it appeared that your committee had heard enough bad news and you wanted good news so I'm going to try to do that.

The focus of the request had to do with the issue of mental health. However, I don't think you can look at mental health in isolation from the whole social context within our community. I'm going to talk about a number of issues that relate to the issue of mental health. These issues are mental health indicators that have happened within the aboriginal community over the last 20 years. I started in the field in 1970 and in 1994 I'm still alive.

In 1974 there were 200 aboriginal university graduates. The Department of Indian Affairs brought the people together because they thought it was such a mark in history to have 200 graduates. Now, in 1994, I believe we have something in the area of 9,200 university graduates. I believe that's an indication that our community is moving ahead, in partnership with the government.

That's not in isolation of the level of recovery that has happened. We interviewed 500 of the 3,000 graduates we trained as substance abuse counsellors and we conducted research. Out of those counsellors we had graduated, 100% of them were children of alcoholics. My concern in relation to that figure is that it indicates that a good number of them had experienced a tremendous amount of social dysfunction.

[Translation]

## TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 8 décembre 1994

**La greffière du Comité:** Je déclare la séance ouverte. Je propose aux membres du Comité qu'ils envisagent d'élire un président suppléant pour la séance.

**Mme Ur (Lambton—Middlesex):** Je propose M. Szabo.

La motion est adoptée

**Le président suppléant (M. Szabo):** Bonjour.

M<sup>me</sup> Hodgson est directrice du Nechi Institute.

Je tiens à présenter mes excuses au nom des membres du Comité qui sont ici pour remplacer ceux qui sont absents, car c'est une question importante que nous abordons. Nous sommes heureux que vous ayez pu comparaître et nous avons hâte d'avoir votre opinion sur les questions de santé autochtones. Nous vous invitons donc à nous parler un peu du Nechi Institute avant de faire votre exposé à l'intention du Comité.

**Mme Maggie Hodgson (directrice générale, Nechi Institute):** En territoire indien, d'aucuns disent qu'il y a davantage de chefs que d'Indiens. Il semble qu'ici nous ayons davantage d'Indiens que de chefs.

**Le président suppléant (M. Szabo):** Voilà qui est bien dit.

**Mme Hodgson:** Merci beaucoup de nous donner la possibilité de prendre la parole devant vous. Lorsque j'ai reçu la lettre m'en informant, il semblait que le comité avait reçu suffisamment de mauvaises nouvelles et qu'il souhaitait en recevoir de bonnes; c'est donc ce que je vais essayer de faire.

Notre demande portait principalement sur la question de la santé mentale. Mais je ne crois pas que l'on puisse traiter de la santé mentale hors du contexte social de notre communauté. Je vais donc vous parler de quelques questions en rapport avec la santé mentale. Ce sont essentiellement des indicateurs de santé mentale que l'on a pu relever dans la communauté autochtones au cours des 20 dernières années. J'ai commencé à travailler dans le secteur en 1970 et je suis encore vivante en 1994.

En 1974, il y avait environ 200 autochtones diplômés d'universités. Le ministère des Affaires indiennes les a réunis parce qu'il estimait que c'était un tournant dans l'histoire que d'avoir 200 diplômés. À l'heure actuelle, en 1994, je crois qu'il y a à peu près 9 200 diplômés d'université. Je crois que cela montre que notre communauté est en train de faire des progrès, en collaboration avec le gouvernement.

Cela n'est pas sans rapport avec le rétablissement qu'a connu notre communauté. Nous avons interrogé 500 des 3 000 diplômés que nous formons comme conseillers en toxicomanie et alcoolisme, et nous avons fait des recherches. Les conseillers à qui nous avons remis des diplômes étaient tous des enfants d'alcooliques. Ce qui m'inquiète avec un tel chiffre, c'est que cela montre que nombre d'entre eux ont fait l'expérience d'un manque d'adaptation sociale important.



## [Texte]

Now these people aren't in treatment; these people are training as counsellors. You can say that everybody knows that a person who needs help often gets attracted to the field they need help from, but 63% of them were in recovery and 62% of that 63% had from five to twenty years of sobriety.

The Department of Health has had a program going for around sixteen or seventeen years. That program started under the leadership of the Liberal government. In the early years one of the points I heard from an auditor within the last government was that they felt that money was a waste of money; it was a wasted investment.

I would submit that when people have from five to twenty years of sobriety, it's not a wasted investment at all. If that figure were by itself, I would say maybe it's partly a wasted effort, but 23% of our graduates go on to post-secondary education. I don't think it's an either/or. I think there need to be different bridges built to enhance the people's motivation to go on to post-secondary.

Of our graduates, 37% became elected leaders in our province within five years. Of the Alberta Indian leadership, 40% are abstainers. I don't think most white governments could say that 40% of their leaders are abstainers. They would ask why they should be; they don't have a problem. However, within our community it's matter of life or death that our leaders be role models. I could not have said that 24 years ago when I started in the field. We were lucky in all of Alberta if we had two elected leaders who were abstainers.

All of those things I think are social indicators of the change in the level of mental health that's happening.

## [Traduction]

Ces personnes ne suivent pas un traitement; elles suivent une formation pour devenir conseillers. On peut dire que tout le monde sait que quelqu'un qui a besoin d'aide est souvent attiré par le secteur d'intervention susceptible de les aider, mais 63 p. 100 d'entre eux étaient guéris et 62 p. 100 de ces 63 p. 100 étaient sobres depuis 5 à 20 ans.

Le ministère de la Santé avait un programme qui a duré 16 ou 17 ans environ. Ce programme avait commencé sous l'égide du gouvernement fédéral. Dans les premières années de son existence, j'avais entendu un vérificateur du gouvernement précédemment dire qu'il estimait que c'était de l'argent gaspillé, que c'était un investissement inutile.

Il me semble que lorsqu'on a réussi à rester sobre pendant 5 à 20 ans, l'investissement n'a pas du tout été inutile. S'il s'agissait d'un chiffre isolé, je dirais peut-être que cet effort est en partie inutile, mais 23 p. 100 de nos diplômés font ensuite des études postsecondaires. Je ne crois pas que ce soit une question de choix. Il me semble qu'il faudrait créer des liens différents pour motiver davantage la population à faire des études postsecondaires par la suite.

Parmi nos diplômés, 37 p. 100 sont devenus des chefs élus dans notre province dans l'intervalle de cinq ans. Quarante pour cent des chefs indiens de l'Alberta ne consomment pas d'alcool. Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de gouvernements de Blancs qui puissent dire que 40 p. 100 de leurs chefs politiques ne consomment pas d'alcool. Ils vous demanderaient pourquoi ils ne devraient pas en boire; ça ne constitue pas un problème pour eux. Mais dans notre communauté, c'est une question de vie ou de mort que nos chefs soient des modèles de comportement. Je n'aurais pas pu dire une telle chose lorsque j'ai commencé dans ce secteur il y a 24 ans. Nous aurions eu de la chance si, pour l'ensemble de l'Alberta, nous avions eu deux chefs élus ne consommant pas d'alcool.

Tous ces faits constituent des indicateurs sociaux de l'importance du changement que subit notre santé mentale.

• 0850

In 1987 I got tired of myself personally and other aboriginal communities telling the government how bad things were. I decided if we were going to tell you anything different, we had to convince ourselves first that things were changing.

So I started a campaign called Celebrate Success and Keep the Circle Strong. At that time they asked Mr. Epp to declare that week, and his policy people advised me it was not his mandate or his policy to declare weeks. So I said, "Well, you tell Mr. Epp he's going to be on either the engine or the caboose, because we're moving ahead with or without the government".

We started National Addictions Awareness Week within the aboriginal community. We had 25 communities involved in the campaign. Now there are 1,500 communities involved in that campaign, with white and Indian people working in partnership. The key thing is the communities design their own involvement. There are 700,000 people involved.

En 1987, j'en avais assez de dire au gouvernement, aux côtés d'autres communautés autochtones combien les choses allaient mal. J'ai décidé que si nous voulions vous dire autre chose, il fallait d'abord nous convaincre du fait que les choses changeaient.

J'ai donc lancé une campagne intitulée Celebrate Success and Keep the Circle Strong. À l'époque, on a demandé à M. Epp de proclamer cette semaine officielle, et ses responsables politiques m'ont indiqué que ni son mandat, ni sa politique ne l'autorisait à faire une telle proclamation. J'ai donc dit: «Eh bien, vous direz à M. Epp qu'il sera soit dans la locomotive soit dans le fourgon de queue, car nous allons le faire avec ou sans le gouvernement».

Nous avons donc lancé notre semaine nationale de sensibilisation à la toxicomanie et à l'alcoolisme dans la communauté autochtone. Vingt-cinq collectivités ont participé à la campagne. Elles sont maintenant 1 500 à y prendre part et les Blancs et les Indiens travaillent en collaboration. L'essentiel est que les diverses collectivités décident des modalités de leur participation. Il y a maintenant 700 000 personnes qui s'en occupent.

## [Text]

The communities are actively involved in round dances, powwows, sober dances and all kinds of activities to celebrate their success as they define it, however small their success is. For every dollar the federal government invests, the community raises \$5. As to Jim Mintz's department and your media department within the federal government, I'm sure you can't say that for every dollar invested in that media campaign the community invests \$5. We can say that as an aboriginal community, and we can say we're working in partnership with the non-native community.

So one of my concerns is that there's a tremendous amount of money invested federally in the media in terms of health—millions of dollars. In our campaign, the federal government invested \$250,000. That was for on reserve. I was turned down to receive another \$200,000 for off reserve to get the 700,000 people involved.

We asked the people who were part of our campaign to indicate to the bureaucracy that they supported us. From as far east as Davis Inlet to as far west as Kitimat to as far north as Aklavik, 20,000 letters were sent in to support us. I'm sure if you had a referendum on Canada, you wouldn't get that many letters.

However, we got our \$200,000. I think the Department of Health might do well to look at how we conduct our health promotions campaign, where the community is involved in fund-raising for themselves and is able to generate \$5 for every dollar the federal government generates.

We just conducted research in the area of gambling. What does gambling have to do with health? One of the things the American research shows is a key treatment factor in the area of mental health is the issue of unresolved grief. What does unresolved grief have to do with it? You're talking about suicide. It contributes to suicide and to prescription drug abuse.

In our gambling research there was good news and bad news. We just finished that study this month. Why are we looking at that? We interviewed only aboriginal gamblers, and 60% of them were in recovery. So I said "Well, Maggie Hodgson, you're doing a good job, but you're missing the boat someplace". One of the key things in that is the issue of unresolved grief.

We found 18% had severe unresolved grief issues. We used the Texas grief inventory scale. Also, 48% had one or more deaths in their family. In my case, I've had seven deaths of immediate family members in the last two years, none of them alcohol-related—none. You can't cope with that kind of loss without it profoundly affecting your life. But in our case, in the aboriginal community, it's tied in to gambling addiction.

## [Translation]

Les collectivités organisent maintenant activement des danses en cercle, des powwows, des soirées dansantes où aucun alcool n'est servi et toutes sortes d'activités pour fêter leur succès—comme elles disent—, même s'il est très petit. Pour chaque dollar investi par le gouvernement fédéral, la collectivité verse 5\$. Pour ce qui est du service de Jim Mintz et du service des médias au sein du gouvernement fédéral, je suis sûr que vous ne pouvez pas dire que pour chaque dollar investi pour la campagne des médias, la communauté offre 5\$. Mais notre communauté autochtone peut le dire, et nous pouvons dire que nous travaillons en collaboration avec la communauté non-autochtone.

Ce qui m'inquiète donc, c'est que l'on investit énormément d'argent, au niveau fédéral, dans les médias pour ce qui concerne la santé—des millions de dollars. Pour notre campagne, le gouvernement fédéral a investi 250 000\$. Cela pour les activités se déroulant dans les réserves. On a refusé 200 000\$ supplémentaires pour les activités hors-réserve pour obtenir la participation de 700 000 personnes.

Nous avons demandé à ceux qui ont pris part à notre campagne de signaler à la bureaucratie qu'ils nous aidaient. Sur les 20 000 lettres de soutien qui ont été envoyées, il y en avait qui venait de Davis Inlet à l'extrême Est de Kitimat, à l'extrême Ouest, et d'Aklavik, à l'extrême Nord. Je suis sûre que si vous organisiez un référendum au Canada, vous n'obtiendriez pas autant de lettres.

Quoi qu'il en soit, nous avons obtenu ces 200 000\$. Je crois que le ministère de la Santé ferait bien de regarder la façon dont nous menons nos campagnes de promotion de la santé, c'est-à-dire que les collectivités concernées collectent de l'argent et arrivent à obtenir 5\$ pour chaque dollar donné par le gouvernement fédéral.

Nous venons de faire une étude sur le jeu. Quel est le rapport entre le jeu et la santé? L'étude américaine montre notamment que l'un des principaux facteurs de traitement dans le domaine de la santé mentale et la question du chagrin non évacué. Quel rapport y a-t-il avec le chagrin non évacué? Il y a un rapport avec le suicide. Il contribue au suicide et à l'abus des médicaments.

Dans notre étude sur le jeu, certains résultats constituent de bonnes nouvelles et d'autres de mauvaises nouvelles. Nous venons de terminer cette étude ce mois-ci. Pourquoi étudier ce sujet? Nous avons interrogé des joueurs autochtones uniquement et 60 p. 100 d'entre eux étaient en guérison. Et je me suis dit: «Eh bien, Maggie Hodgson, tu fais du bon boulot, mais tu manques le bateau quelque part». L'un des principaux éléments dans toute cette question est le chagrin non évacué.

Nous avons constaté chez 18 p. 100 des personnes interrogées qu'il y avait des problèmes de profond chagrin non évacué. Nous avons utilisé pour cela l'échelle d'évaluation du chagrin du Texas. Pour 48 p. 100 de ces personnes, il y avait également eu ou plusieurs décès dans la famille. Dans mon cas, il y a eu sept décès parmi mes parents proches au cours des deux dernières années et aucun de ces décès n'avait un rapport avec l'alcoolisme—aucun. On ne peut pas faire face à ce genre de perte sans que cela ait de profondes répercussions sur notre vie. Mais dans notre cas, au sein de la communauté autochtone, il y a un lien avec l'obsession pour les jeux de hasard.



[Texte]

[Traduction]

• 0855

The gambling research we conducted was a good news and bad news story. We found that 55% of the aboriginal gamblers we interviewed had a grade 12 up to a university degree. That's good news, I guess. Of those interviewed, 18% had an income from \$30,000 to \$50,000 per household. So you have mom and dad both working. That's good news. It means we're making progress. We're making progress in some ways and we're going backwards in others, particularly in this area.

One of the things we do as an institute is to reinvest. I'm a co-author of some books. We wrote a book on sexual abuse, and 25% of the profits from that book goes into a bursary for a native student, while 25% of the profits goes into writing a second book. We're looking at a way to generate our own income so that we don't have to rely on the federal government. I think that's good mental health.

Our organization currently supports its own library. We have 3,000 books in our library. Of Nechi's operations, 20% is financially independent of the government, and we have a business plan to be 100% independent of the government.

One of the things the government might consider with regard to any of their granting agencies is that instead of issuing grants they could issue contracts and contract services. If you contract services, it would hold us. I contract our services with the provincial government. I get a grant through the federal government. The contracting arrangement between ourselves and NNADAP motivated me. I said if we're going to contract services, part of our goal can be being financially independent of the government. I believe that's good mental health.

Not only are the aboriginal people making profound changes within Canada, we're making profound changes internationally. I helped organize an international movement called Healing Our Spirit Worldwide. We started in Berlin, where we had an international meeting with ICAA. We had 40 people in Edmonton and we had 3,200 people.

We had our second meeting in Australia. One of the things the Canadian aboriginal people did when we came back from Australia was to say thank God we live in Canada. The Australian aboriginal people said they want to come over and look at how the relationship is between the aboriginal people and the Canadian government.

We've written a paper for the World Health Organization at their request, and we've summarized 16 papers from 16 countries in the area of substance abuse. There's no other country in the world that works with their aboriginal community as effectively and as closely and as supportively as Canada and its government. That was our analysis from the 16 countries. We did the analysis of their papers written by their people in relation to this issue.

Notre recherche sur les jeux de hasard a donné des résultats plutôt mitigés; ni bons, ni mauvais. On a constaté que 55 p. 100 des joueurs autochtones que nous avons interviewé avaient une douzième année ou plus et certains même un diplôme universitaire. C'est cela la bonne nouvelle, je suppose. Dix huit pour cent avaient un revenu familial de 30 000\$ à 50 000\$. Donc, les deux parents travaillaient. Ça aussi, c'est une bonne nouvelle. Cela signifie que nous faisons des progrès. Nous avançons sur certains plans et reculons sur d'autres, surtout dans ce domaine.

L'une des activités de notre institut consiste à réinvestir. Je suis moi-même co-auteur de certains ouvrages. Ainsi, nous avons rédigé un ouvrage sur les abus sexuels, et 25 p. 100 des recettes de la vente du livre servent à alimenter une bourse qui sera décernée à un étudiant autochtone, vingt-cinq autre pour cent servant à la préparation d'un deuxième ouvrage. Nous explorons les moyens de produire nos propres revenus afin de ne pas avoir à toujours compter sur le gouvernement fédéral. Je crois que cela est excellent pour notre santé mentale.

Notre organisation finance à présent sa propre bibliothèque qui compte actuellement 3 000 ouvrages. Pour ce qui est du budget de fonctionnement de l'Institut Nechi, Nous sommes autonomes à 20 p. 100 échappent et nous avons un plan d'entreprise visant une indépendance totale vis-à-vis du gouvernement.

L'une des mesures que le gouvernement pourrait peut-être envisager en ce qui concerne ses organismes dispensateurs pourrait consister à remplacer les bourses et subventions par des contrats et la passation de services de contrats. Si vous accordiez des services de contrats, cela nous permettrait de tenir le coup. Je conclus des contrats pour nos services avec le gouvernement provincial. J'obtiens une subvention en passant par le gouvernement fédéral. L'entente contractuelle entre nous mêmes et le NNADAP a été d'une grande motivation pour moi. Je disais que si nous pouvions avoir les services à contrat, une partie de notre objectif pourrait être l'indépendance financière par rapport au gouvernement. Je crois que cela aussi c'est de la santé mentale.

Les autochtones apportent de profonds changements, non seulement ici au Canada, mais également à l'échelle internationale. J'ai contribué à la mise sur pied d'un mouvement international appelé Healing our Spirit Worldwide. Nous avons commencé à Berlin, où nous avions une rencontre internationale avec le CIPAT. Nous avions 40 personnes à Edmonton et nous étions 3 200.

Notre deuxième rencontre a eu lieu en Australie. Je dois vous avouer que, de retour d'Australie, nous nous sommes dit: Dieu merci que nous vivons au Canada. Les aborigènes d'Australie nous ont confié qu'ils aimeraient bien venir pour voir ce que donnent les rapports entre les autochtones et le gouvernement Canadien.

Nous avons préparé un document, à leur demande, pour l'Organisation mondiale de la santé, et nous avons résumé 16 documents émanant de 16 pays dans le domaine de l'abus de substances. Il n'y a pas d'autres pays au monde où il existe une collaboration aussi efficace, aussi étroite et aussi stimulante, que celle qui existe entre les autochtones d'ici et le gouvernement Canadien. Telle fut la conclusion des 16 analyses portant sur ces pays. Nous avons analysé les documents rédigés par ces groupes et traitant de cette question.



## [Text]

I believe that our challenge—your challenge and our challenge as an aboriginal community—is how we can effectively budget cut. One of the things different departments do, whether it's the department of health or the department of health promotions or substance abuse, the Brighter Futures program, is that as there is new funding available different groups then apply for funding for conferences. They want to get together and discuss it.

I believe there is a way the different departments within Health Canada can support these groups who do want to come together without putting out any money. One of the ways you can do that is to have all employees of Health Canada and the aboriginal community jointly set up a foundation called Healing Our Spirit Foundation.

The employees of Health Canada still wouldn't be able to claim all the travel points that they're not currently able to claim as it would go into the foundation. Those travel points could be contributed towards travel for educational exchanges or for the Department of Health's contribution towards particular conferences that are being hosted within the health area.

There's a foundation that currently exists for dying children. If that can happen in that arena, I'm sure the airlines would agree to a similar foundation in relation to aboriginal support and development.

One of the challenges we as a training institute are experiencing is that as new funding becomes available, particularly in the area of mental health right now, there are no funds allowed for curriculum development. I'll just use post-trauma as an example.

Post-trauma at the community level for places like Kahnawake, Davis Inlet and other places is a different issue than personal post-trauma. Curriculum development can be a joint effort between CEC... I do not think Health Canada and CEC effectively work together in relation to looking at existing resources to assist in the training and research area. I believe there's an opportunity within new funding criteria, but CEC actually has a policy that if you get your funding from Health Canada, you're ineligible. It doesn't make sense to me, because if CEC had new funding and they formed a partnership with Health Canada within the bureaucracy, there could be an effective response to some of those mental health needs across Canada.

Currently I'm negotiating with Ontario Health Canada and Saskatchewan Health Canada so they can develop two courses. Saskatchewan will develop two courses and we'd develop courses.

## [Translation]

Je crois que le défi pour nous—c'est-à-dire le défi autant pour vous et pour nous, communauté autochtone—consiste à trouver les moyens de procéder à des compressions budgétaires de façon rationnelle. L'une des mesures que divers ministères appliquent, comme le ministère de la Santé avec ses programmes de promotion de la Santé ou de répression de l'abus des substances—notamment le programme Grandir ensemble—consiste à permettre à différents groupes de demander une aide pour financer des conférences, à mesure que de nouveaux fonds deviennent disponibles. Il y a une volonté de se réunir et d'en discuter.

Je crois qu'il y a moyen pour les différentes composantes à Santé Canada d'apporter un soutien aux groupes qui souhaitent se rassembler, sans que cela ne coûte quoi que ce soit. L'un des moyens pour arriver à ce résultat serait de demander à tous les employés de Santé Canada et aux membres de la communauté autochtone d'établir une fondation qu'on appellerait la Healing Our Spirit Foundation ou fondation de la récupération mentale.

• 0900

Les employés de Santé Canada ne seraient toujours pas autorisés à se prévaloir de tous les «points de voyage» dont ils n'ont pas actuellement pas le droit de se prévaloir, dans la mesure où ils reviendraient à la Fondation. Ces points de voyage pourraient contribuer aux frais de déplacement dans le cadre des échanges d'études, ou ils pourraient représenter une contribution du ministère de la Santé à la tenue de conférences particulières qui porteraient sur le domaine de la santé.

Il existe déjà une fondation pour les enfants mourants. Si cela se fait déjà dans ce secteur, je suis certaine que les compagnies aériennes accorderaient les mêmes avantages à une fondation analogue dans un esprit de promotion du soutien aux autochtones et de leur développement.

L'une des difficultés que nous éprouvons en tant qu'institut de formation, c'est qu'à mesure que de nouveaux fonds sont disponibles, et plus particulièrement à présent dans le domaine de la santé mentale, nous n'avons pas de fonds équivalents pour l'élaboration d'un programme d'enseignement. Je prendrai comme exemple ce qui touche la phase post-traumatique.

La phase post-traumatique telle qu'elle est envisagée à l'échelle de la communauté dans des endroits comme Kahnawake, Davis Inlet et ailleurs, est très différente de la phase post-traumatique au niveau personnel. Un programme de cours peut être élaboré en collaboration avec le CEC et... Je ne crois pas que Santé Canada et le CEC collaborent véritablement en ce qui a trait à l'examen des ressources existantes dans une optique visant à contribuer au domaine de la formation et de la recherche. Je crois que la possibilité existe avec les nouveaux critères de financement, mais le CEC a en fait une politique qui stipule que si l'on obtient des fonds de Santé Canada, on n'est pas admissible. J'estime que cela est illogique, car si le CEC obtenait des nouveaux fonds et qu'il collabore avec Santé Canada sur le plan administratif, on pourrait agir efficacement en réponse à certains de ces problèmes de santé mentale partout au Canada.

En ce moment, je suis en négociation avec les bureaux de Santé Canada en Ontario et en Saskatchewan afin que ces organismes préparent deux cours. Le bureau de la Saskatchewan préparerait deux cours et nous en préparerions d'autres.

## [Texte]

Can you imagine? What a concept for provinces to actually get together. As in the aboriginal community, I'm working at negotiating that right now. I'm sure even the provincial governments couldn't do that, but we have to be creative and we're having to go under the Brighter Futures program.

I believe there is an opportunity for CEC and Health Canada, if policy people could change some of the policies. It just requires a change in policy; it doesn't require new money.

One of the things that would be helpful with respect to the budget cuts that are up and coming in April is if you could work with your bureaucracy as soon as possible to get the figures out in January so that programs like ours in the health area can plan. I can plan for a 5% cut, a 10% cut, whatever kind of cut that is necessary, but I need time to plan. If your bureaucracy comes to my door on March 31 and says that as of tomorrow we're going to be cut by 50% or whatever, it's going to make life untenable. I do need to plan the same way your bureaucracy needs to plan. The programs across Canada need to plan.

I believe that regardless of what happens, the train is already going. We're going to continue, and we've come a long way. I believe that by and large considerable progress has been made through the Head Start programs, through the Brighter Futures program and through all these initiatives.

My last point has to do with evaluation. I believe an initiative between CEC and Health Canada can be designed to set up training nationally in the area of evaluation. I think it would be unfortunate. When I entered the bureaucracy, working with bureaucrats, I found out what the code word was for "unfortunate".

I think it would be unfortunate that with the Brighter Futures program and the massive amount of money being sunk into smoking, etc., the community wasn't equipped to effectively evaluate themselves and evaluate their programs. There were major mistakes made within the NNADAP program that was initially designed. One of the major mistakes was a lack of evaluation at the community level.

I think it would be unfortunate if organizations like the Addiction Research Foundation and other bureaucratic white organizations came in and evaluated Indian organizations. We've had evaluations. Our evaluations—the formative evaluations—have assisted me to develop 20% independence from the federal government. That's what an evaluation can potentially do.

## [Traduction]

Vous vous rendez compte? C'est merveilleux que des provinces collaborent entre elles! Comme cela se passe au sein de la collectivité autochtone, je travaille actuellement à des négociations portant précisément sur ce point. Je suis persuadé que même les gouvernements provinciaux ne pourraient pas en faire autant, mais nous devons être créatifs et nous devons tomber sous le coup du programme Brighter Futures.

Je crois que cela présente une possibilité pour le CEC et pour Santé Canada, à condition que l'on modifie certaines politiques. C'est tout ce qu'il y a à faire, un petit changement dans les politiques; il n'est pas nécessaire d'avoir de nouveaux fonds.

L'une des choses qui pourrait être utiles relativement aux compressions budgétaires que l'on attend pour avril consisterait à demander à votre personnel de bureau de sortir les chiffres le plus tôt possible en janvier de façon que l'on puisse planifier dans le cadre de programmes comme le nôtre, dans le domaine de la santé. Ainsi, je pourrais intégrer dans mes plans une compression de 5 p. 100, de 10 p. 100, qui sera nécessaire, mais il me faut du temps pour planifier. Si votre personnel de bureau frappe à ma porte le 31 mars pour m'apprendre que dès le lendemain nous allons subir des coupures de 50 p. 100 ou quelque chose du genre, ce sera absolument impossible. Il me faut du temps pour planifier, tout comme vos fonctionnaires. Les programmes d'un bout à l'autre du Canada doivent tous faire l'objet d'un plan.

Je crois qu'indépendamment de ce qui va arriver, le train est déjà parti. Nous allons continuer et nous avons déjà fait un bon bout de chemin. Je crois que, dans l'ensemble, nous avons fait des progrès considérables grâce au programme Bon départ, au programme Brighter Futures et à toutes les autres initiatives de même nature.

Le dernier point que je vais soulever concerne l'étape des évaluations. Je crois que l'on pourrait envisager une initiative conjointe du CEC et de Santé Canada qui viserait à assurer une formation à l'échelle nationale, dans le domaine des évaluations. Je crois qu'il serait malheureux. . . Quand je suis entré dans la fonction publique, que j'ai travaillé avec des bureaucrates, j'ai découvert le sens du mot code «malheureux».

• 0905

Compte tenu des masses d'argent dépensées dans toutes sortes de campagnes, comme la campagne anti-tabac, par exemple, il serait bien dommage qu'on ne consacre pas suffisamment de fonds au programme Brighter Futures pour pouvoir donner à notre communauté les moyens nécessaires à s'autoévaluer et d'évaluer ses programmes. De graves erreurs ont été commises dans le cadre du PNLAADA tel que conçu au départ, notamment une omission fondamentale quant au bien-fondé d'une évaluation au niveau communautaire.

Il serait également malheureux que des organisations comme la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie et d'autres organismes administratifs gérés par les Blancs viennent évaluer nos organisations indiennes. Il y a eu des évaluations. Nos évaluations—du moins celles qui sont constructives—m'ont aidé à obtenir 20 p. 100 d'indépendance par rapport au gouvernement fédéral. Voilà ce qu'une évaluation est capable de faire.



## [Text]

As each program's budget is cut, it's imperative that we have the skills within our organization that the programs across Canada need to have and that those skills be developed. I think that's a challenge, it's not intrusive and that the federal bureaucracy should not try to do that.

You pay \$1,000 to \$2,000 a day to the people you guys hire. It's really quite ridiculous when it's possible to do it in other and more cost effective ways. Thank you.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Merci. Est-ce que quelqu'un a des questions?

**Mrs. Ur:** Good morning, Madam Chair.

I would like to thank you for your presentation. I have just a few quick questions. It's nice to hear something a bit positive this morning, as you say, with respect to the aboriginal health situation.

I worked in a riding office prior to coming to Ottawa and I was under the impression that CEC had a specific allocation dedicated basically to aboriginal people for them to work with as they wished. I understand that program is still there; is it not?

**Ms Hodgson:** There's the Pathways program. One of the criteria of Pathways is that if you receive any funding from Health Canada, then you become ineligible. However, in our case there are several programs that hire untrained people and they need to obtain training for them as part of their preparation for coming into the field.

With respect to CEC, in some jurisdictions rules are always made to be creatively responded to. Some of the jurisdictions in Canada do access Pathways money and enter into contracts with us. However, that should be allowed within our training institutions. It's allowed within community colleges. I think it's almost the reverse; it's not helpful.

**Mrs. Ur:** In my community it appeared to be very positive. If you question the program or the application, the answer was, the dollars are going, we really don't take your viewpoint into consideration. These dollars are going for that specific funding.

When we ask for accountability on the training programs, say, for instance, training people to work in nursing homes on reserves, well, in our particular area there aren't any nursing homes on the reserves. It makes it a little difficult.

**Ms Hodgson:** The evaluation in relation to your response depends on the Pathways board. I sit on the Pathways board for the Edmonton region. I started one thing when I went onto that board: I allocated a certain amount of dollars for independent evaluations of every Pathways project, because I don't think those Pathway projects should be any less subject to accountability. If they're not accountable, they're not accountable not only to government but to us in the aboriginal communities; it's our money being wasted.

## [Translation]

Alors que l'on procède à des coupures budgétaires dans chaque programme, il est absolument nécessaire que nous ayons, au sein de notre organisation, les mêmes compétences que celles qu'il faut au programme partout au Canada et que ces compétences soient travaillées. Voilà qui constitue tout un défi qui n'a rien à voir avec quoi que ce soit, ni qui que ce soit, si bien que les fonctionnaires fédéraux ne devraient pas s'en mêler non plus.

Vous payez 1 000 à 2 000\$ par jour aux gens que vous engagez. C'est vraiment ridicule puisqu'il y a un moyen de faire le travail de façon beaucoup plus rentable. Je vous remercie.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Thank you. Does anybody have any questions?

**Mme Ur:** Bonjour madame la présidente.

Je voudrais vous remercier de votre exposé. J'ai quelques brèves questions à vous poser. Il est bien agréable d'entendre des propos positifs ce matin, comme vous dites, sur la situation des autochtones en matière de santé.

Je travaillais dans un bureau de circonscription avant de venir à Ottawa et il me semblait, à l'époque, que le CEC destinait une certaine allocation aux autochtones tout en leur laissant le loisir d'en faire ce qu'ils voulaient. Il me semble que ce programme existe toujours, n'est-ce pas?

**Mme Hodgson:** Eh bien, il y a le programme Les Sentiers de la réussite, mais il est notamment précisé qu'on ne peut y prétendre dès lors qu'on reçoit une forme de financement quelconque de Santé Canada. Néanmoins, plusieurs programmes nous intéressent, pour embaucher des gens non-spécialisés et pour leur procurer la formation nécessaire dans le cadre de leur adaptation.

Quant au CEC, il est des instances où les règles sont telles qu'il faut faire preuve de créativité. Certaines de ces instances au Canada ont effectivement accès au fond du programme Les Sentiers de la réussite et elles concluent des contrats avec nous. Cela devrait être permis dans nos établissements de formation. C'est permis dans les collèges communautaires. Il me semble que c'est presque l'inverse; ce n'est pas très utile.

**Mme Ur:** Pour ce qui est de ma communauté, la formule a eu des résultats très positifs. On nous avait bien averti que si l'on remettait en question le programme lui-même ou son applicatif, nous n'aurions rien, car notre point de vue ne comptait pas. Cet argent doit être utilisé de telle ou telle façon, un point c'est tout.

Chaque fois que nous demandons une part de responsabilité dans les programmes de formation, on nous complique la vie en nous proposant, par exemple, de former des personnes qui travailleraient dans des maisons de santé dans les réserves alors que nous n'avons pas de tels établissements.

**Mme Hodgson:** C'est le conseil d'administration du programme Les Sentiers de la réussite qui doit évaluer votre réponse. J'y siége moi-même dans la région d'Edmonton. J'y ai lancé une initiative: j'ai attribué un certain montant à une évaluation indépendante de chacun des projets qui faisaient partie du programme, parce que j'estime que les responsables des projets en question doivent rendre des comptes. S'ils ne sont pas tenus responsables, ils ne le seront ni par rapport au gouvernement ni par rapport à nos communautés autochtones; c'est notre argent qu'ils sont en train de gaspiller.



[Texte]

**Mrs. Ur:** I have another quick question. In one of your statements, you said we have to enhance motivation for them to continue. Can you expand on that?

**Ms Hodgson:** Well, a number of the counsellors we train have had very poor educational experiences within the academic institutions. They came from dysfunctional homes. Often they didn't believe they could succeed and they actually didn't think they would enjoy post-secondary.

[Traduction]

**Mme Ur:** J'ai une autre petite question. Vous avez dit tout à l'heure qu'il faut les motiver encore davantage afin qu'ils continuent. Pouvez-vous préciser?

**Mme Hodgson:** Eh bien, bon nombre des conseillers que nous entraînon n'ont pas eu d'expériences très enrichissantes dans les établissements d'enseignement. Ils provenaient de familles dysfonctionnelles. Le plus souvent, ils ne croyaient pas qu'ils seraient capables de réussir, ni même de trouver l'expérience du postsecondaire agréable.

• 0910

When they came into our institution, they not only found that it was exciting and stimulating, but they became motivated. Our program is only a certificate program, but then 23% go on to post-secondary because they find out they can do it, they want to do it, and they're excited about doing it. Not only that, it can also assist our community and enhance their own financial independence and help them to have the mobility to work on or off reserve.

**Ms Bridgman (Surrey North):** Thank you very much for your very interesting presentation. When I was listening to it, I tended to get the impression that the problems are still at an administrative and management level; for example, how we develop the partnership, the process of how that's going to be managed. We still have to look at the streamlining of the actual management of the program, I would think. I also got the feeling that there are still problems in the actual process of the program, be it clinical or be it how it's been applied in the individual communities.

Could you expand? Would the tendency work for federal or national institutes to put out national standards and expect they're broad enough that they could apply everywhere? Is there enough of a difference between north, south, on-reservation, off-reservation, and these kinds of things that maybe the standards aren't really working that well and we should be looking at some other way?

**Ms Hodgson:** I think there are policies that could be articulated. They supposedly are understood, but they're not really understood down at the regional levels. One such policy is that federal Health and CEC have a policy to joint fund. I'll just use that as an example.

The only place where I think there is a definite, distinct difference in terms of need under national programming would be in the north, where they have tremendous costs for travel and living costs. I think the Inuit and Innu people need a distinct difference, in terms of considerations, as to how the policies would be implemented based on their regional cost.

**Ms Bridgman:** Thank you.

**Ms Hodgson:** I forgot to mention one of the things in terms of the process. When we conducted research, we found that the majority of the people actually relied on culture and spirituality as their first priority for their own self-care and their

Lorsqu'ils sont arrivés dans notre établissement, ces étudiants ont non seulement trouvé qu'il pouvait être agréable et stimulant d'étudier, mais ils se sont même sentis motivés. Chez nous, ils n'obtiennent qu'un certificat, mais il faut dire que 23 p. 100 d'entre eux poursuivent leurs études au niveau postsecondaire parce qu'ils découvrent qu'ils sont capables de le faire qu'ils veulent le faire et qu'ils se sentent enthousiasmés. Et ce n'est pas tout, cela aide également notre communauté et renforce d'indépendance financière des gens tout en leur confèrent la mobilité nécessaire pour travailler sur la réserve ou en dehors.

**Mme Bridgman (Surrey-Nord):** Merci infiniment de votre exposé qui a été très intéressant. Pendant que j'écoutais, j'ai eu comme l'impression que les problèmes en sont encore au niveau de l'administration et de la gestion; par exemple, la façon d'établir le partenariat et les mécanismes de gestion qui seront appliqués. J'estime qu'il faut encore nous pencher sur la rationalisation de l'administration du programme. J'ai aussi le sentiment que les problèmes persistent au niveau même du processus du programme, que ce soit dans son aspect clinique ou dans la façon dont il est suivi au sein de chaque collectivité.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus? Est-ce que cela marcherait si les institutions fédérales ou nationales établissaient des normes nationales en s'attendant à ce qu'elles aient l'ampleur voulue pour pouvoir être appliquées partout? Y a-t-il assez de différence entre Nord, Sud, sur la réserve, hors réserve, etc. pour que ces normes ne fonctionnent pas aussi bien qu'on le voudrait et que nous soyons obligés de trouver une autre formule?

**Mme Hodgson:** Je pense qu'on pourrait préciser certaines politiques. Elles sont censées être comprises, mais en réalité on ne les assimile pas à l'échelon régional. Parmi ces politiques, figure celle du financement conjoint accordé entre Santé Canada et le CEC. Ce n'est qu'un exemple.

Le seul endroit où je décèlerais une différence bien claire et définie sur le plan des besoins fonction des programmes nationaux, ce serait dans le Nord où les gens doivent faire face à des coûts de déplacement et à des coûts de la vie extraordinaires. S'agissant de considération, j'estime que les Inuits méritent un traitement distinct dans la façon dont les politiques devraient être mises en place, en regard de ce qu'il en coûte pour vivre dans la région.

**Mme Bridgman:** Merci.

**Mme Hodgson:** J'ai oublié de mentionner un aspect relativement au processus. En faisant notre recherche, nous avons trouvé que la plupart des gens comptaient en priorité sur leur culture et leur spiritualité pour subvenir à leurs propres

## [Text]

mental health. The second thing—and this blew me away—was recreation. The third one was men's and women's support groups. The fourth one was the alcohol counsellor and the therapist. Only one out of the four cost money. I think programs can be designed to enhance some of those self-help initiatives, but that's where the curriculum development comes in.

**Mr. Patry (Pierrefonds—Dollard):** Thank you, Ms Hodgson. If the federal government could do one thing to improve the mental health status of the aboriginal people, what would be your suggestion?

**Ms Hodgson:** If you could do one thing?

**Mr. Patry:** You can have two, no problem.

**Ms Hodgson:** I think there are programs that are currently going on, like the Brighter Futures and the Head Start programs. The federal government could allocate the necessary resources to conduct a formative—not quantitative, but formative—evaluation of those programs, because they're in the developmental stage right now. How those programs are developed can enhance the mental health of our community for the next twenty years. If they're just evaluated quantitatively instead of qualitatively, you can't arrive at anything within a year.

• 0915

Too often, because elected governments work on a four-year span, they think the world begins and stops with their election. It doesn't.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Monsieur Daviault.

**M. Daviault (Ahuntsic):** Malheureusement, nous n'avons pas vos mémoires étant donné qu'ils sont dans une seule langue plutôt que dans les deux langues officielles. C'est la pratique du Comité de ne pas distribuer les mémoires lorsqu'ils sont dans une seule des deux langues officielles.

Je vais essayer de parler un peu de votre présentation. Vous allez pouvoir bénéficier des beautés de notre système de traduction.

Dans votre présentation, vous avez fait une critique assez sévère, vers la fin, du système d'évaluation financière du gouvernement fédéral par rapport aux organismes. Vous avez aussi abordé cette question dans votre dernière réponse en parlant du projet Head Start et d'une participation du gouvernement fédéral à l'évaluation de ces programmes. Je ne sais pas si vous ne vous retrouverez pas dans la situation qui faisait l'objet de votre critique au départ.

Comment peut-on éviter ces problèmes d'évaluation que vous critiquez dans votre présentation générale et dans la réponse que vous avez donnée au sujet du projet Head Start?

**Ms Hodgson:** I don't think I was critical in relation to the government evaluating; it's the style of the evaluation and when it's evaluated that I was criticizing. What I see within the bureaucracy is the program has a five-year span, and about one year before the funding sunsets, the bureaucracy goes "Ta da! We have to do an evaluation here now". And I think "Holy Mother of God! You've had four years. I don't wait for the bureaucracy to do my evaluation".

## [Translation]

besoins et garantir leur santé mentale. La deuxième chose à laquelle ils songeaient—et j'avoue que je n'en suis pas revenu—c'était le loisir. En troisième place, on trouve les groupes de soutien pour les hommes et pour les femmes. Le conseiller en matière d'alcool et le thérapeute ne venaient qu'en quatrième lieu. Seule une de ces quatre priorités coûte de l'argent. À mon sens, les programmes peuvent être conçus de façon à favoriser ce genre d'initiatives d'entraide, mais c'est là qu'il faut des études.

**M. Patry (Pierrefonds—Dollard):** Merci madame Hodgson. Dites-moi, si le gouvernement fédéral pouvait faire une seule chose pour améliorer la santé mentale des autochtones, que lui proposeriez-vous?

**Mme Hodgson:** Une seule chose?

**M. Patry:** Deux si vous voulez, ça m'est égal.

**Mme Hodgson:** Je pense qu'il existe déjà des programmes, comme Brighter Futures et Bon Départ. Le gouvernement fédéral pourrait attribuer les ressources voulues pour une évaluation formative—et je dis bien formative, et non pas quantitative—de ces programmes, parce qu'ils sont toujours en voie d'élaboration. La façon d'élaborer ces programmes pourrait déterminer, voire favoriser, la santé mentale de notre communauté pendant les prochaines vingt années. Si on se limite à les évaluer sur le plan quantitatif sans tenir compte de l'aspect qualitatif, une année s'écoulera sans qu'on aboutisse à quoi que ce soit.

Il arrive trop souvent que, de par leur élection cyclique tous les quatre ans, les gouvernements ont tendance à croire que le monde commence et s'achève avec leur mandat. Il n'en est rien.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Mr. Daviault.

**Mr. Daviault (Ahuntsic):** We unfortunately do not have your briefs because they were written in one language rather than the two official languages. It is common practice within our committee not to hand out the briefs when they are written in only one of our two official languages.

But I'll try to say a word or two about your presentation. You will be able to enjoy the beautiful intricacies of our translation system.

Towards the end of your presentation, you made a rather nasty criticism as regards the federal government's financial evaluation system versus organization. You once again addressed this issue in your last response when you spoke about the head start project and federal government participation in the evaluation of such programs. I'm wondering if you won't end up in the very same situation you were criticizing at the start.

How can one possibly avoid these evaluation problems that, as I said, you criticized during your general presentation as well as in your reply in the context of the head start project?

**Mme Hodgson:** Je ne pense pas que ma critique était dirigée au fait même de l'évaluation par le gouvernement; c'est la forme et l'opportunité de l'évaluation que je remets en question. Ce que je constate au niveau de la bureaucratie, c'est que le programme qui est censé durer cinq ans fasse l'objet d'une évaluation soudaine environ un an avant la fin du financement. Et je ne puis que m'exclamer «Mais, bon Dieu! Vous avez eu quatre ans. Moi je ne reste pas à attendre que les bureaucrates viennent m'évaluer».



## [Texte]

They're doing an evaluation and designing a framework—a framework!—in the fourth year of the strategy. Anyone who knows anything about evaluation knows the framework should be designed when the program is being designed. It's to the benefit of the bureaucracy, it's to the benefit of the programs receiving funding and it's to the benefit of the client, hopefully.

I indicated my opinion in relation to the Head Start and Brighter Futures programs. If there were a formative evaluation designed in partnership between first nations and the evaluation unit—regionally, because everything is being decentralized under this new policy—hopefully it would assist the Head Start programs as they get moving and the Brighter Futures programs, which are currently moving, to be able to change their programs on an ongoing basis over the next four years during the life span of that program.

**M. Daviault:** Vous m'avez intéressé lorsque vous avez parlé d'une fondation d'aide au développement des communautés basée sur les points de voyage en avion. Je ne sais pas à combien vous pouvez évaluer les sommes qui peuvent être recueillies par ce type de fondation ou à quelles fins spécifique vous pouvez utiliser cet argent.

• 0920

**Ms Hodgson:** I was speaking to the number of conferences that are held per year across Canada and internationally on health.

I'll use this as an example. The Assembly of First Nations just held a conference. They have one national conference per year as an opportunity to bring their health correctors and their chiefs together. A certain amount of the budget is required to bring these people together for that health conference. It's a very necessary opportunity for people to get together to look at what they're doing, what they've done and what they plan to do in the health area.

Currently health promotions, Indian health, Brighter Futures, I'm sure Head Start when it comes, AIDS—each one of these jurisdictions holds conferences on its given topic across Canada each year. A considerable amount of money is allocated to travel for speakers and coordinators.

When the director general travels, within her mandate she can put her little card in. The card could have "Healing our Spirit Worldwide" and the foundation number. All of her travel points, which she is currently not able to collect herself—people within the Department of Health aren't able to collect points—could go into a foundation, which could be one of the vehicles through which Health Canada could then provide funding without actually providing money. It would be providing travel points, and people would make an application to that foundation for those travel points.

**M. Daviault:** Oui, on connaît cela à la Chambre. Les députés ont des points de voyage, et la Chambre les amasse.

## [Traduction]

Ils font une évaluation et conçoivent un cadre de travail—un cadre de travail, figurez-vous!—lorsque la stratégie est en place depuis quatre ans. Pour peu qu'ils sachent à propos d'évaluation, n'importe qui vous dira que le cadre de travail doit être conçu au moment où le programme est conçu. C'est dans l'intérêt de la bureaucratie et des programmes qui doivent recevoir les fonds et, je l'espère, c'est aussi dans l'intérêt du client.

J'ai fait connaître mon avis sur les programmes Bon Départ et Brighter Futures. S'il pouvait y avoir une évaluation formative conçue de concert entre les Premières nations et le Bureau d'évaluation—au niveau régional, parce que tout est en train de d'être décentralisé en vertu de cette nouvelle politique—voilà qui pourrait bien favoriser le développement des programmes bon départ dès qu'ils seront lancés et celui de Brighter Futures à mesure qu'ils évoluent. De cette façon, on pourrait modifier les programmes au besoin tout au long des quatre années qu'ils sont censés durer.

**Mr. Daviault:** I was especially interested by your comment regarding a community development assistance foundation based on air travel mileage points. I don't know how you would evaluate the monies that could be collected by this kind of foundation or to what specific end you would want to use them.

**Mme Hodgson:** Je parlais du nombre de conférences sur la santé qui ont lieu chaque année partout au Canada et à l'étranger.

À titre d'exemple, l'Assemblée des Premières nations vient tout juste de tenir une conférence. Une fois par an, ces gens-là organisent une conférence nationale pour réunir à la même table ceux qui s'occupent de la santé et les chefs. Cette conférence sur la santé exige une certaine part du budget. C'est une occasion très nécessaire pour que les gens se rencontrent et se penchent ensemble sur ce qui a été fait sur ce qui n'a pas été fait et sur ce qu'on a l'intention de faire dans le domaine de la santé.

À l'heure actuelle, toutes les initiatives en matière de santé, et je songe notamment à des programmes comme la santé des Indiens, Brighter Futures et Bon Départ quand ils seront lancés, et le système provisoire de renseignements sur les drogues—organisent des conférences annuelles partout au Canada. Des montants considérables d'argent sont attribués aux frais de déplacement des intervenants et des coordonnateurs.

Chaque fois que la directrice générale se déplace dans le cadre de son mandat, elle peut sortir sa carte de visite. La carte peut porter la mention «Healing our Spirit Worldwide» et le numéro de la fondation. Tous ces points de voyage, qu'elle n'a pas le droit d'utiliser à titre personnel—ceux qui travaillent au ministère de la Santé ne peuvent pas accumuler des points à leur profit—pourraient aboutir dans la caisse d'une fondation, et constituer ainsi un véhicule qui permettrait à Santé Canada de fournir des fonds sans avoir à déboursier quoi que ce soit. Ce que cela donnerait, ce serait des points de voyage, et les gens pourraient placer une demande à la fondation afin de les obtenir.

**Mr. Daviault:** Yes, we have had a taste of that at the House. MPs adapt the mileage, the House keeps it all.



[Text]

[Translation]

Ma question porte sur l'évaluation des sommes que cela peut impliquer et sur l'utilisation de ces sommes.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Je n'entendrai qu'une seule intervention. Docteur Fry.

**Ms Fry (Vancouver Centre):** Good morning. I'm sorry I wasn't here to hear your presentation. I was not very bright this morning. I thought we were starting at 9 o'clock, so I arrived here at 9 o'clock and missed you.

I wanted to ask you about the way you see the role of schools in setting up a comprehensive health program within the schools starting from kindergarten, say, and how that would affect young aboriginal children. If one set up a health program—and I don't mean only by telling people how to stay healthy in terms of not smoking, etc., but in terms of how to deal with stress, how to cope, how to make decisions, how to deal with peer pressure and that kind of thing—do you see that being of any value? If that preventative method could be worked in from kindergarten, say, all the way to grade 12 or even to grade 10, would it be of benefit at all, do you think?

**Ms Hodgson:** Actually, there is a number of initiatives like that. NNADAP has a school-based program that's half generated from K to 12. Different jurisdictions in Canada implement that as well as alternative programming.

I helped set up a native alternative school in Edmonton, where we had health and peer counselling with different social interventions. In that particular school we started an experiment, where we'd combine it with a family support program—which is not a child welfare program but is very similar—so that we could have home intervention and assist parents with their parenting. It considerably increased the number of our students who attended school regularly. But far more importantly, we didn't have to wait till kids were in absolute crisis with regard to child abuse and other issues that happen in the home before there was an intervention.

● 0925

In Alberta there is a number of jurisdictions where they are combining child welfare, police, school, and parent initiative. All of those bodies work in one school to deal with the issue of parenting. I think it would be unfair to teachers to rely on them solely. I think there's a responsibility in the community and engaging the parents in the process.

Often parents, because of their poverty, aren't able to reach out, so you have to reach into the home and pull them into the school system. Their involvement, even if it's for themselves... In the school we helped start we have an adult upgrading program. We have an adult education program, so we have moms and dads going to school upstairs and we have the kids going to school downstairs.

I think there are different initiatives like that, but I think the Head Start program has a lot of potential to catch the kids, whereas they would just come into the system before.

My question has to do with the actual amounts we are talking about and the way in which they are used.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** I shall only accept one intervention. Dr. Fry.

**Mme Fry (Vancouver-Centre):** Bonjour. Je suis désolée de ne pas avoir été ici pour entendre votre exposé. J'étais à moitié endormie ce matin. Je croyais que la séance commençait à 9 heures, alors je suis arrivée à 9 heures et vous n'étiez pas encore là.

Je voudrais connaître votre point de vue sur le rôle des écoles quant à l'établissement d'un programme de santé global à partir du jardin d'enfants, par exemple, ainsi que l'incidence que cela aurait sur les jeunes enfants autochtones. Si on devait établir un programme de santé... je ne veux pas dire uniquement un programme dans lequel il s'agirait de répéter aux gens ce qu'ils doivent faire pour rester en santé, ne pas fumer, etc... mais plutôt de leur enseigner comment s'y prendre avec le stress, comment surmonter les difficultés, prendre les décisions, faire face aux pressions par les pairs et ce genre de choses—pensez-vous que ce serait valable? Si cette méthode préventive pouvait être instituée à partir du jardin d'enfants, disons, et jusqu'à la 12<sup>e</sup> ou même seulement jusqu'à la 10<sup>e</sup> année, pensez-vous que cela aurait un quelconque avantage?

**Mme Hodgson:** En réalité, il existe déjà un certain nombre d'initiatives de ce genre. Le PNLAADA a déjà lancé à moitié un programme au niveau des écoles, du jardin d'enfants à la 12<sup>e</sup> année. Les divers paliers de gouvernement au Canada l'acceptent aussi comme programme de rechange.

J'ai aidé à organiser une école autochtone à Edmonton, où nous avons eu des services d'orientation en matière de santé et de pairs avec diverses interventions sociales. Au départ, l'école n'était qu'une expérience et nous y avons conjugué un programme de soutien familial—qui n'est pas un programme de bien-être destiné aux enfants mais qui est assez analogue—afin de nous permettre d'intervenir à domicile et d'aider les parents à bien s'occuper de leurs enfants. Cela a considérablement augmenté le nombre de nos élèves régulièrement scolarisés. Mais surtout, nous n'avons pas dû attendre jusqu'à ce que les enfants connaissent une crise absolue, du point de vue de sévices et autres problèmes, avant qu'il y ait intervention dans les foyers.

En Alberta, un certain nombre d'autorités, tels que: service de bien-être à l'enfance, police, école et organisation parentale sont présentes dans les écoles et collaborent. Il ne serait pas juste de s'en remettre exclusivement aux enseignants. Je pense qu'il y a là une responsabilité de la collectivité toute entière et qu'il faut intégrer les parents au processus.

Souvent, les parents restent repliés sur eux-mêmes en raison de leur pauvreté, et il faut les contacter chez eux pour les amener à l'école. Cette participation, même si c'est pour eux-mêmes... dans l'école nous avons mis sur pied un programme d'éducation des adultes, si bien que l'on voit des mères et des pères suivre les cours à l'étage et les enfants au rez-de-chaussée.

Il y a différentes initiatives de cette sorte, mais je pense que le programme «Bon départ» présente de bonnes possibilités de prévention et d'intervention précoce, alors qu'auparavant les enfants étaient simplement pris dans le système.

[Texte]

**Ms Fry:** I meant that kind of program. I think a school health program, if it's going to work—and there have been models in other parts of the world that have worked—cannot just be within the school; it must have that dimension of community and parent. I agree with you about the Head Start program, but I suppose I see the Head Start program as being pre-kindergarten.

**Ms Hodgson:** It is.

**Ms Fry:** Therefore it will, of course, obviously use that community and parental base.

I just find that sometimes we only think of community programs when we're thinking of programs for young people instead of saying the school is a place where young people can go. Yet you can pull the community and the parents into the schools and make it the focus. With some of the programs you were talking about, it would be very interesting to see if that kind of program, if it's used nationally, might not make a difference. I just wondered how you felt about that.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Merci, madame Hodgson. Votre témoignage a été fort intéressant. Je peux vous assurer que nous prendrons vos différentes recommandations en considération. Merci beaucoup.

Nous accueillons maintenant M<sup>me</sup> Shirley Morrison, la gérante du programme de la santé du Anishnawbe Health Centre de Toronto.

Bonjour, madame Morrison. Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

**Ms Shirley Morrison (Health Care Team Manager, Anishnawbe Health Centre, Toronto):** We at Anishnawbe Health Toronto are honoured and pleased that we were asked to do this presentation to the Standing Committee on Health for its study on mental health and aboriginal peoples of Canada. We hope hearing about our experiences will be illuminating and helpful for the study you are doing.

• 0930

I'd like to start my presentation with a quote from Art Solomon, an Ojibway elder:

There's no simple way to talk about healing without going into a long story. Healing means being in total balance and harmony—physically, emotionally, psychologically, spiritually. It doesn't necessarily mean that we have no pain whatsoever; it means getting into harmony with the rest of Creation. It means getting to know something about the power and the beauty and the sacredness of Creation—It means getting back into balance between men, women, and children.

First I'd like to talk a little bit about the vision of Anishnawbe Health Toronto. From the beginning of creation, everything necessary for human existence was provided. The first humans were surrounded with foods, waters, and medicines. As we grew and developed, we were given teachings to help us understand our place on Mother Earth and within the universe.

[Traduction]

**Mme Fry:** C'est de ce genre de programme que je parlais. Je pense qu'un programme scolaire de santé, s'il va donner des résultats—et on en a vu divers modèles dans le monde qui fonctionnent—ne peut être confinées dans le milieu scolaire; il faut qu'il y ait cette participation de la collectivité et des parents. Je suis d'accord avec vous concernant l'intérêt du programme «Bon départ», mais il s'adresse surtout aux enfants d'âge préscolaire, me semble-t-il.

**Mme Hodgson:** Effectivement.

**Mme Fry:** Il lui faut donc absolument faire appel à la collectivité et aux parents.

Il me semble que parfois, lorsqu'il est question de programmes destinés aux enfants, on ne songe qu'aux programmes communautaires en oubliant que l'école peut être le centre de l'action. On peut faire de l'école le point focal, en y attirant les adultes et parents. Il serait intéressant de voir si le genre de programmes dont vous parlez, appliqués à l'échelle nationale, ne pourrait pas faire une différence. Je voudrais savoir ce que vous en pensiez.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Thank you, Ms Hodgson. We have found your testimony very interesting. I can assure you that we will take into consideration your recommendations. Thank you very much.

We now welcome Ms Shirley Morrison, Health Care Team Manager at the Anishnawbe Health Centre of Toronto.

Good day, Ms Morrison. Welcome to the committee. Please proceed.

**Mme Shirley Morrison (Health Care Team Manager, Anishnawbe Health Centre, Toronto):** Nous, du Anishnawbe Health Centre de Toronto, sommes très honorés d'avoir été invités à venir témoigner au Comité permanent de la santé dans le cadre de son étude de la santé mentale chez les Autochtones du Canada. Nous espérons que notre expérience pourra vous éclairer et vous aider dans cette étude.

Je vais commencer mon exposé en citant Art Solomon, un ancien Ojibway:

Il n'y a pas de façon simple de parler de guérison, sans entrer dans de longues explications. Guérir signifie être en harmonie totale, en équilibre physiquement, émotionnellement, psychologiquement et spirituellement. Cela ne signifie pas nécessairement que l'on ne ressent aucune douleur. Cela signifie être en harmonie avec le reste de la création. Cela signifie être sensible à la puissance, à la beauté, à la sainteté de la création. Cela signifie retrouver l'équilibre entre les hommes, les femmes et les enfants.

Je vais d'abord parler quelque peu de la vision d'Anishnawbe Health Toronto. Dès les débuts de la création, tout ce qui était nécessaire à l'existence des hommes était fourni. Les premiers hommes étaient entourés d'aliments, d'eau et d'herbes médicinales. Au fur et à mesure que nous avons avancé en maturité et nous sommes développés, on nous a enseigné quelle était notre place sur la terre, notre mère, et dans l'univers.



## [Text]

These ancient teachings and directions continue to hold true to this day. Anishnawbe Health Toronto affirms these teachings and directions as the basis of our organization and as the mandate of our work. This is a vision statement we developed in 1993.

Anishnawbe Health Toronto is a culture-based, multi-service health organization located in downtown Toronto. We are committed to the full recovery of Anishnawbe people from all nations through our traditional ways of healing.

It was approximately two years ago that Anishnawbe Health determined it would be culture-based as opposed to being merely culturally sensitive or culturally appropriate. Our values, traditions, and beliefs, which include the traditional native approach to healing, are at the core of our organization. These are the driving force behind all we do. This represents significant forward movement on the part of Anishnawbe Health.

The process of taking stock of what Anishnawbe Health was doing and our engaging in a revisioning process was precipitated by a crisis in the leadership and management of the organization about three years ago. The crisis in leadership in turn led to a certain loss of confidence by the community and the funders. A change in leadership and management, a hard look at the organization's deficiencies and strengths, and an evaluation of organizational programs and practices have resulted in profound changes in the organization, philosophically and otherwise.

Along with the organizational assessment, we also had to question the role of western medicine. Was western medicine the total answer to the physical, mental, emotional, and spiritual ills suffered by aboriginal communities? What was the role of traditional medicine and traditional aboriginal medicine practitioners? We decided that western medicine could not be the total answer, because if it were, our communities and our people would not be the victims of appalling health conditions similar to those of the underdeveloped world.

We understand that the roots of our health problem lay in the process of colonization—the loss of our languages, our systems of government, our social systems, our family systems, our way of looking at the world, and the ways we looked after our health. With this understanding, it was only natural that we decided to turn back to our own ways of health and healing.

Before we discuss exactly what we do and how we do it, we'll tell you about our board, our staff, community, and funding. We are incorporated as a non-profit corporation and began providing health services in 1989. Anishnawbe Health Toronto was founded by a group of concerned native people, including the late Joe Sylvester, an Ojibway elder from Christian Island First Nation.

We're governed by a nine-member board of directors elected from and by the native community. A good cross-section of the Toronto native community is represented on the board. We have a doctor, an education consultant, a human resource development specialist, a lawyer, and so on. We have a Micmac, a Mohawk, a Blackfoot, a Métis, an Odawa, and a few Ojibways.

## [Translation]

Ces enseignements anciens restent valides aujourd'hui. Anishnawbe Health Toronto fait de ces enseignements et de ces orientations la base de son organisation et de sa mission. C'est la vision que nous avons faite nôtre en 1993.

Anishnawbe Health Toronto est une organisation de santé polyvalente, à base culturelle, située au centre de Toronto. Notre mission est d'assurer la pleine guérison des Anishnawbe de toutes les nations, par le biais de nos thérapies traditionnelles.

C'est il y a deux ans environ que Anishnawbe Health a décidé d'être une organisation à base culturelle au lieu d'être simplement culturellement ouverte ou sensible. Nos valeurs, traditions et croyances, qui englobent l'approche traditionnelle autochtone de la guérison, sont au coeur de notre organisation. C'est la force motrice qui meut tout ce que nous faisons. C'est là un pas important de la part d'Anishnawbe Health.

Nous avons été amenés à faire le point de notre action et à entreprendre ce processus de révision suite à une crise au niveau de la direction de la gestion de notre organisation, il y a trois ans environ. Cette crise avait provoqué une certaine perte de confiance de la part de la collectivité et des fondateurs. Un changement de dirigeants et d'administrateurs, un examen serré des points faibles et forts de l'organisation, ainsi que l'évaluation des programmes et pratiques organisationnelles, ont amené de profonds changements à tous les niveaux, notamment le niveau philosophique.

En même temps que nous remettons en question nos structures, nous avons été amenés à nous interroger sur le rôle de la médecine occidentale. La médecine occidentale peut-elle apporter la solution complète aux maux physiques, mentaux, émotionnels et spirituels dont souffrent les collectivités autochtones? Quel était le rôle de la médecine traditionnelle et de ceux qui la pratiquaient? Nous avons décidé que la médecine occidentale ne pouvait être la solution complète, car si elle l'était, nos collectivités et les nôtres ne seraient pas victimes d'une situation sanitaire effroyable comparable à celle du monde en développement.

Nous avons conscience que les racines de nos problèmes de santé résident dans le processus de colonisation—la perte de nos dialectes, de nos systèmes de gouvernement, de nos systèmes sociaux, de nos systèmes familiaux, de notre vision du monde et de notre façon d'assurer notre santé. Avec cette prise de conscience, il n'était que naturel que nous décidions de revenir à nos propres moyens de guérison.

Avant de parler de ce que nous faisons précisément, nous allons vous dire quelques mots de notre conseil, de notre personnel, de notre collectivité et de nos financements. Nous sommes une société à but non-lucratif et avons commencé à offrir des services de santé en 1989. Anishnawbe Health Toronto a été fondé par un groupe d'autochtones engagés, dont feu Joe Sylvester, un ancien Ojibway de la première nation de Christian Island.

Nous avons à notre tête un conseil d'administration de neuf membres élus parmi et par la communauté autochtone. Le conseil est très représentatif de la collectivité autochtone de Toronto. Nous avons un médecin, un pédagogue, un spécialiste en développement des ressources humaines, un avocat etc.. Nous avons un Micmac, un Mohawk, un Pied Noir, un Métis, un Odawa et quelques Ojibways.



## [Texte]

The many nations represented on the board reflect the diversity of Toronto's native community. We have 25 staff, which include a traditional healer, street workers, 3 registered nurses, an educator, administrative staff, counsellors, community development workers, and other program and clerical staff. All of our staff are native.

In addition, we have five physicians working for us on a part-time basis. They are all non-natives. We have been searching for a native physician for the last year and a half. When we recruit board and staff for the Anishnawbe Health Centre, we look for a commitment to personal healing and a commitment to traditional beliefs.

Our core funding comes from the Ontario Ministry of Health. This year additional funding for projects is provided by the City of Toronto and the Ontario Ministry of Citizenship.

The community we serve is large, diverse and scattered over a huge geographical area. Estimates of the Toronto native population put it at somewhere between 50,000 and 70,000. Many different aboriginal nations from across Canada are represented: Okanagan, Micmac, Cree, Ojibway, Mohawk, Métis and Inuit, to name a few.

Some are long-time residents of Canada, some are born there and some are newly arrived. Others travel from first nations communities outside Toronto on a regular basis to participate in some of our traditional programs. Our clients come from a wide range of economic and social circumstances, from homeless street people to people who live fairly comfortably.

But the people we serve have something in common. They're looking for a sense of identity and belonging—native identity and native belonging. They're suffering from the effects of the oppression we've lived under for too long, and that is manifested in many different ways—physically, mentally, emotionally and spiritually.

In order to facilitate healing or empowerment, we do two things at Anishnawbe Health. First, we help people gain an understanding of our history as aboriginal people—our political, economic and social situation. Second, we help people learn our traditional ways.

So what is culture-based versus culturally sensitive? In the initial proposals for Anishnawbe Health and during the first three years of operation, the focus was very much on the provision of western medical practitioners, meaning physicians and nurses. There was a lot of discussion about providing culturally sensitive, culturally appropriate programs and services.

It was briefly mentioned that Anishnawbe Health, and I quote: "—will promote the use of traditional holistic methods in health assessment and treatment, understanding the native tradition of balance in mind, body and spirit". Further, it was said that elders—traditional healers—shall act in the capacity of consultants to ensure integration of native values and cross-cultural teachings. In the early years an inordinate amount of time was spent by staff in cross-cultural and cultural sensitivity

## [Traduction]

Les nombreuses nations représentées au sein du conseil reflètent la diversité de la collectivité autochtone de Toronto. Nous avons un personnel de 25, qui englobe un guérisseur traditionnel, des travailleurs sur le terrain, trois infirmières autorisées, un éducateur, du personnel administratif, des conseillers, des animateurs communautaires, ainsi que d'autres employés de secrétariat. Tout notre personnel est autochtone.

En outre, nous avons cinq médecins qui travaillent pour nous à temps partiel. Ils sont tous non-autochtones. Nous cherchons un médecin autochtone depuis 18 mois. Lorsque nous recrutons des membres du conseil et du personnel pour le centre, nous recherchons une volonté de guérison personnelle et l'adhésion aux croyances traditionnelles.

● 0935

Notre financement de base provient du ministère de la Santé ontarien. Cette année, la ville de Toronto et le ministère de la Citoyenneté ontarien nous ont accordé des crédits supplémentaires pour des projets spécifiques.

Nous servons une importante communauté, qui est diverse et dispersée sur une vaste région géographique. La population autochtone de Toronto se situe dans une fourchette estimative de 50 000 à 70 000 personnes. Quantité de notions autochtones de tout le Canada y sont représentées: Okanagan, Micmac, Cri, Ojibway, Mohawk, Métis et Inuit, pour n'en nommer que quelques-unes.

Certains habitent la ville depuis longtemps, certains y sont nés et d'autres sont des nouveaux venus. Il arrive même que certains se rendent à Toronto à intervalles réguliers spécifiquement pour participer à nos programmes. Nos clients sont de condition socio-économique très diversifiée, depuis les sans-abris jusqu'à des relativement aisés.

Mais tous ceux que nous servons ont une chose en commun. Ils sont en quête d'identité, d'un sentiment d'appartenance—l'identité autochtone, l'appartenance autochtone. Ils souffrent des effets de l'oppression que nous avons trop longtemps subie et qui se manifeste de bien des façons, physiquement, mentalement, émotionnellement et spirituellement.

Pour faciliter la guérison ou la responsabilisation, nous faisons deux choses. Premièrement, nous familiarisons les gens avec notre histoire autochtone—notre situation politique, économique et sociale. Deuxièmement, nous leur enseignons nos moeurs et coutumes traditionnelles.

Quelle est donc la différence entre avoir une organisation basée sur la culture et une organisation ouverte aux réalités culturelles? Initialement, pendant nos trois premières années de fonctionnement, l'accent était mis sur la fourniture de soins médicaux de type occidental, par des médecins et infirmières. On parlait beaucoup d'offrir des services et des programmes adaptés aux différences culturelles des autochtones, culturellement appropriés.

Il a été mentionné brièvement que Anishnawbe Health, et je cite: «...promeut les méthodes holistiques traditionnelles en matière d'évaluation de la santé et du traitement, soit la tradition autochtone de l'équilibre entre le corps et l'esprit». En outre, il était dit que les anciens—guérisseurs traditionnels—agiraient à titre de conseillers pour assurer l'intégration des valeurs autochtones et des enseignements inter-culturels. Dans les premières années, une très grande partie du temps du

## [Text]

training for health professionals in medical schools, nursing schools, etc..

The difference between being culture-based and providing culturally sensitive services is vast. Being culture-based means the organization's vision, philosophy, programs and relationships are rooted in traditional aboriginal values. For a native health organization it means traditional healing approaches and traditional healers are at the core of the organization and provide the primary methods of healing to our people. It means western medical practitioners such as doctors, nurses and psychologists play a secondary role and act as supports or helpers to the traditional healers.

Being culturally sensitive, on the other hand, means merely that the organization provides programs and services that acknowledge, make allowances for or compensate for cultural differences. A culturally sensitive health organization is not grounded in traditional values. While native health professionals may be providing the service, they do not necessarily or consciously use or make use of traditional healing approaches.

For Anishnawbe Health, because we are a native place of healing, it is imperative that we are culture-based. As noted previously, this is a relatively new development in our organizational consciousness. Thus our model of culture-based urban native health care is an emerging one, an evolving one and an exciting one. It's a process of experimentation, innovation and creativity—of looking to our past to secure our future.

The board of directors undertook a formal visioning process in January 1993 and developed a vision statement, which was then taken back to the community for their reaction and input. We'd like to discuss some of the programs we have developed in the past few months as well as some that have been in existence for a greater length of time.

Approximately one year ago we were able to significantly expand our traditional healing program when we reallocated one physician's salary, which was \$150,000, to our traditional healing program. Prior to this the annual budget from the Ministry of Health for this program was only \$45,000, which severely limited our capacity to deliver a program of any significance.

With the budget reallocation we are now able to have healers and elders available about 80% to 90% of the time. We have 20 traditional healers and elders who work with us and our community on an ongoing basis. One, Janice Longboat, a Mohawk herbalist from Six Nations, came on as a part-time staff person last May. Most of the others we use are from out of town and may even be from out of country.

The healers may be specialists and treat just arthritis or diabetes or spiritual problems, or they may be generalists and treat a wide range of physical problems such as AIDS, cancer, diabetes, etc. They also treat mental, emotional, and spiritual

## [Translation]

personnel était passée à enseigner les spécificités culturelles autochtones aux professionnels de la santé dans les facultés de médecine et de sciences infirmières.

La différence entre être une organisation basée sur la culture et offrir des services culturellement adaptés est vaste. Être basé sur la culture signifie que la vision, la philosophie, les programmes et relations de l'organisation sont ancrés dans les valeurs autochtones traditionnelles. Pour une organisation de santé autochtone, cela signifie que les approches traditionnelles de la santé et les guérisseurs traditionnels sont au coeur de l'organisation et représentent les premières méthodes de soins utilisées. Cela signifie que les praticiens de la médecine occidentale, tels que médecins, infirmières et psychologues, jouent un rôle secondaire, complémentaire.

Être culturellement sensible, à l'inverse, signifie précisément que l'organisation offre des programmes et services qui tiennent compte des différences culturelles ou cherchent à les compenser. Une organisation de santé culturellement sensible n'est pas ancrée dans les valeurs traditionnelles. Même si des professionnels de la santé autochtones fournissent les services, il ne font pas nécessairement ou consciemment usage des méthodes de guérison traditionnelles.

Pour Anishnawbe Health, parce que nous sommes un lieu de guérison autochtone, il est impératif que nous soyons une organisation à base culturelle. Comme nous l'avons indiqué, c'est là quelque chose de relativement nouveau. Ainsi, notre modèle de soins de santé pour autochtones urbains basé sur la culture est-il encore en cours d'évolution, une expérience passionnante. C'est un processus d'expérimentation, d'innovation et de création—consistant à puiser dans notre passé pour assurer notre avenir.

Le conseil d'administration a entrepris officiellement un processus de visionnement en janvier 1993 et rédigé un énoncé de vision, qui a été ensuite soumis pour avis à la collectivité. Nous allons passer en revue certaines des programmes que nous avons mis sur pied ces derniers mois, ainsi que certains de ceux qui existent depuis plus longtemps.

Il y a près d'un an, nous avons pu élargir considérablement notre programme de guérison traditionnelle lorsque nous avons réaffecté le salaire d'un médecin, qui était de 150 000\$, à notre programme de guérison traditionnelle. Auparavant, le budget annuel consacré par le ministère de la Santé à ce programme n'était que de 45 000\$, ce qui limitait sérieusement ce que nous pouvions faire dans le cadre de ce programme.

Avec cette réaffectation budgétaire nous pouvons maintenant avoir des guérisseurs et anciens présents de 80 p. 100 à 90 p. 100 du temps. Nous avons 20 guérisseurs traditionnels et anciens qui travaillent avec nous et notre collectivité, de façon permanente. Janice Longboat, une herbaliste mohawk des Six nations, est entrée en mai dernier à temps partiel chez nous. La plupart des autres auxquels nous faisons appel n'habitent pas en ville et parfois viennent même de l'étranger.

Les guérisseurs peuvent être des spécialistes et ne traiter que l'arthrite et le diabète ou les problèmes spirituels, ou bien ils peuvent être généralistes et traiter toute une série de maux physiques comme le sida, le cancer, le diabète. Ils traitent



## [Texte]

ailments. Most conduct ceremonies in order to do their healing work. Most of the elders also conduct ceremonies such as sweat lodges and pipe ceremonies, but do not consider themselves healers or medicine people.

Our traditional healing program is very broad in scope. It includes individual consultations and treatment, group ceremonies such as sweat lodges, healing circles, and teaching circles, community workshops, promoting and teaching traditional ways of living and healing, and native language programs.

We bring in an Ojibway medicine man from Minnesota about four times a year for four to five days at a time. This individual is able to diagnose as well as treat problems of a physical, mental, emotional, and spiritual nature. He sees about 80 to 100 people over the course of his visits to Anishnawbe Health Centre. This will include people of all ages. His oldest client has been a 90-year-old woman and his youngest a four-day-old baby.

We have another healer who comes in from northern Ontario who is a specialist in treating diabetes, although his work is not restricted to just that. He comes to Anishnawbe Health Centre twice a month for two days at a time and treats about 25 people during that period of time.

Many of the people who come to Anishnawbe Health Centre to see traditional healers travel from out of town, from different first nations communities. It strikes us as somewhat ironic that people would travel hundreds of miles from reserve communities to see a medicine man in downtown Toronto. It's worth mentioning that among the Toronto residents who come in to get doctoring there are many who had never used the other Anishnawbe health services, so this was our first contact with them.

Our experiences with bringing in traditional healers have clearly demonstrated to us that there remains a great belief in and a tremendous need for traditional healers. Our traditional healing program is the highest demand program. In the last fiscal year—April 1, 1993 to March 31, 1994—over 4,000 people accessed the traditional healing program.

Traditional healing empowers the individual and/or his family because they become active participants in their own healing. For example, they may need to gather and prepare their medicines. The goal is to get the individual back into balance within themselves, with their family and their community, and with the natural world at large. It does not involve costly drugs, expensive, invasive tests, or removal of the patient from the family into costly hospitalization.

Our staff perform a number of functions in relation to traditional healing. They will educate community members in the protocol to be followed when approaching a traditional healer or elder for assistance, or when holding or participating in ceremonies. More and more of our staff are becoming familiar with what is required to ensure that assistance is requested in a traditional and respectful manner.

Staff also help when people are feeling apprehensive about seeing an elder or a healer for the first time. They may be asked to accompany someone into the doctoring session or sweat lodge, or to assist in gathering the medicine that is required.

## [Traduction]

également les maladies mentales, émotionnelles et spirituelles. La plupart tiennent des cérémonies au cours desquelles s'effectue le travail thérapeutique. La plupart des anciens tiennent également des cérémonies telles que la cérémonie de l'étuve et la cérémonie du calumet, mais ne se considèrent pas comme guérisseurs ou chamans.

Notre programme de guérison traditionnelle comporte un vaste éventail d'activités. Il englobe des consultations et des traitements individuels, des cérémonies collectives telles l'étuve, les cercles de guérison, les cercles d'enseignement, les ateliers communautaires, la promotion et l'enseignement des modes de vie et de guérison traditionnelle ainsi que l'enseignement des dialectes autochtones.

Nous faisons venir un guérisseur Ojibway du Minnesota trois ou quatre fois par an, pour quatre à cinq jours chaque fois. Cet homme est capable de diagnostiquer et de traiter les problèmes de nature physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Il voit 80 à 100 personnes lors de chacune de ses visites au centre. Ses patients sont de tous les âges. Son client le plus âgé est une femme de 90 ans et le plus jeune un bébé de quatre jours.

Nous avons un autre guérisseur qui vient du Nord de l'Ontario et qui est spécialisé dans le traitement du diabète, mais n'est pas limité à cela. Il vient au centre deux fois par mois pour deux jours chaque fois et traite environ 25 personnes pendant ce temps.

Bon nombre des patients qui viennent à notre centre pour voir des guérisseurs traditionnels viennent d'en dehors de la ville, de différentes collectivités des Premières nations. Il nous paraît parfois quelque peu paradoxal que des gens viennent de leur réserve à des centaines de milles de distance pour voir un guérisseur au centre-ville de Toronto. Il convient de mentionner que parmi les résidents de Toronto qui viennent se faire soigner, beaucoup n'avaient jamais fait appel aux autres services de santé à Anishnawbe, si bien que c'est là notre premier contact avec eux.

L'expérience que nous avons faite avec ces guérisseurs traditionnels montre qu'il subsiste une forte croyance en eux et un énorme besoin de leurs services. Notre programme de guérison traditionnelle est le plus demandé de tous. Au cours du dernier exercice—du 1<sup>er</sup> avril 1993 au 31 mars 1994—plus de 4 000 patients y ont eu recours.

Les méthodes traditionnelles responsabilisent l'individu et/ou sa famille car ils deviennent des participants actifs à leur propre guérison. Par exemple, ils peuvent être amenés à cueillir et préparer eux-mêmes les herbes médicinales. L'objectif est de remettre l'individu en équilibre avec lui-même, avec sa famille et sa collectivité, ainsi qu'avec le monde naturel dans son ensemble. Cela ne met pas en jeu des médicaments coûteux, ni des tests onéreux et envahissants, ni l'hospitalisation du patient loin de sa famille.

Notre personnel remplit un certain nombre de fonctions en rapport avec la guérison traditionnelle. Il enseigne aux patients le protocole à suivre lorsqu'on s'adresse à un guérisseur traditionnel ou à un ancien, ou participe aux cérémonies. Notre personnel se familiarise de plus en plus avec ces règles pour assurer que l'aide des guérisseurs et anciens soit demandé de la manière traditionnelle et dûment respectueuse qui s'impose.

Le personnel aide également nos clients qui ressentent de l'appréhension lors de la première visite à un ancien ou à un guérisseur. Parfois il reste avec eux pendant la consultation ou la cérémonie ou l'aide à cueillir les herbes médicinales requises.



## [Text]

They will also deal with the bureaucracy so the healer can go into a hospital. They will help patients to exercise their rights to see a healer. Many of our staff are working as apprentices to our traditional healers.

The biggest limitation we suffer with respect to traditional healers or medicine persons is the scarcity of these resources. There are very few medicine people, and even fewer who are willing to leave their home communities to come and doctor natives in a city like Toronto.

You have to remember that in the process of colonization our medicine people were persecuted from practising traditional medicine and spiritual ceremonies. We were persecuted just for speaking our language. Many, however, did manage to hold on to the traditional ways and were able to pass them down.

One solution we have recently developed to address this barrier, and for which we are currently seeking funding, is a traditional healers apprenticeship program. We are hoping to develop work in this area in the next few months; for example, by developing a curriculum, by identifying candidates and healers who will teach us what the resource requirements are, etc. We are hoping to start the one-year program for the two apprentices in the next year.

• 0945

The lack of acceptance of traditional healing by mainstream health systems is clearly another barrier. For example, the medical services branch of Health and Welfare Canada does provide for limited access to traditional healers by status Indians provided the referral is made by a western medical practitioner.

One of the other programs is the street patrol program. The deaths of several native street people prompted the establishment of our street patrol program four years ago. Currently we have six street workers who patrol the Toronto streets nightly providing food, clothing, blankets, condoms and needle exchange. The street workers also go out in the afternoon and do foot patrol. Approximately 600 people are seen per week by the street patrol.

The people served by the street patrol are suffering from mental health problems, substance abuse and poverty. Many are survivors of residential schools, adoption breakdowns, foster homes and other institutions such as group homes and training schools, and most of them are survivors of abuse, whether it be physical, sexual, mental, emotional or spiritual.

We assist them in breaking the cycle of dysfunction created by colonial structures and policies—a cycle that in fact may have begun with their parents or their grandparents being removed to residential schools. We assist them in recognizing the dysfunction, in accessing treatment and traditional healing and by providing ongoing support.

The street patrol program is currently funded through short-term grants from the City of Toronto. It has been impossible to secure stable funding for this program, which everyone agrees is very valuable and worth while.

For us in traditional healing, the issue is that it's much easier to get funding to pay doctors than it is to get—

## [Translation]

Il traite également avec les administrations, afin que le guérisseur puisse aller voir le patient à l'hôpital. Ils aident les patients à exercer leurs droits de voir un guérisseur. Bon nombre de nos employés travaillent comme apprentis auprès de nos guérisseurs traditionnels.

Notre plus grande limitation à l'égard des guérisseurs traditionnels est le très petit nombre de ces derniers. Ils sont très peu nombreux et encore moins nombreux à accepter de quitter leur foyer pour venir soigner les Autochtones dans des villes comme Toronto.

Il ne faut pas oublier que pendant toute la colonisation nos guérisseurs étaient persécutés et empêchés de pratiquer la médecine traditionnelle et d'organiser les cérémonies spirituelles. Nous étions persécutés pour le seul fait de parler notre langue. Cependant, beaucoup ont réussi à conserver les coutumes anciennes et à les transmettre.

Une solution que nous avons récemment mise au point pour surmonter cet obstacle, et pour lequel nous recherchons actuellement du financement, est un programme d'apprenti-guérisseur. Nous espérons mettre les choses en train à cet égard dans les mois qui viennent, par exemple en élaborant un programme d'enseignement destiné aux guérisseurs en identifiant les candidats. Nous espérons démarrer cet apprentissage d'un an avec deux apprentis l'année prochaine.

L'autre barrière manifeste est le rejet de la guérison traditionnelle par les systèmes de santé ordinaires. Par exemple, la direction des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada accepte un accès limité aux guérisseurs traditionnels par les Indiens inscrits, mais uniquement à condition d'être envoyés par un praticien de la médecine occidentale.

Un autre de leurs programmes est celui des patrouilles de rue. Le décès de plusieurs sans-abris autochtones a motivé la mise sur pied de ce programme il y a quatre ans. Nous avons actuellement six travailleurs qui patrouillent chaque soir les rues de Toronto offrant de la nourriture, des vêtements, des couvertures, des condoms et des seringues. Ils patrouillent aussi l'après-midi, mais à pied. Cette patrouille de rue voit environ 600 personnes par semaine.

Les personnes servies par la patrouille souffrent de problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de pauvreté. Beaucoup sont des survivants d'écoles résidentielles, de foyers d'adoption et autres établissements tels que foyers d'accueil et écoles professionnelles, et la plupart ont été victimes de sévices divers, physiques, sexuels, mentaux, émotionnels ou spirituels.

Nous les aidons en brisant le cycle de dysfonctionnement engendré par les structures et politiques coloniales—un cycle qui peut avoir commencé avec le placement de leurs parents ou grands-parents en écoles résidentielles. Nous les aidons à reconnaître ce dysfonctionnement, à accéder au traitement et à la guérison traditionnelle et par un soutien continu.

Le programme de patrouilles de rue est actuellement financé par des subventions à court terme de la ville de Toronto. Nous n'avons pu trouver de financement stable pour ce programme dont tout le monde reconnaît cependant l'utilité.

Pour nous, qui pratiquons la guérison traditionnelle, le problème est qu'il est beaucoup plus facile d'obtenir des crédits pour payer des médecins que pour... .

[Texte]

**La vice-présidente (Mme Picard):** Madame Morrison, je vais vous demander de conclure brièvement afin que les députés puissent vous poser des questions.

**Ms Morrison:** Certainly.

Because we are an urban health centre, one of the issues is the immediate attention in terms of federal responsibility for status Indians off reserve. Our own political leadership needs to ensure that this gets put on the agenda. Our health centre receives absolutely no federal funding specific to our rights as status Indians.

Those of us who make our homes in urban areas are truly dispossessed when it comes to our rights. Like our brothers and sisters on reserve, we also need to assert our aboriginal rights so that we can regain our political, social and economic health.

Thank you very much.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Monsieur Daviault.

**M. Daviault:** Merci, madame Morrison. Nous, les Blancs, on entre dans un secteur qu'on connaît peu. Vous nous avez parlé du *traditional healing program*. J'aimerais évaluer un peu les choses à ce niveau. Il n'y a pas de financement du gouvernement fédéral. C'est financé par le gouvernement provincial de l'Ontario. Combien d'argent représente ce programme particulier de votre centre?

Comment pourrait-on évaluer, par rapport aux mêmes services offerts par la médecine blanche, les coûts de votre programme de médecine traditionnelle? Vous avez parlé du changement d'orientation de votre centre. Ce genre de service devait être disponible. Maintenant il est offert par des traditionnalistes autochtones. Pouvez-vous nous donner une évaluation comparative des deux?

Troisièmement, dans tout programme médical, il y a une évaluation médicale. Sur quels critères se base-t-on pour évaluer un tel programme? En tant que personne en charge de ce centre, comment évaluez-vous vos programmes?

• 0950

**Ms Morrison:** I just want to clarify the question. The one part I understand is evaluation. The first part is in terms of the funding and how much funding we have towards traditional healing programs. Is that correct?

**Mr. Daviault:** Yes.

**Ms Morrison:** Okay. I'm sorry, what's the second part of the question?

**M. Daviault:** Normalement, dans un centre communautaire comme un CLSC, par exemple, il existe des programmes de soutien, d'évaluation et d'éducation. Il me semble qu'on fait dans les CLSC des choses assez semblables à celles que vous faites, mais dans la tradition blanche.

Ces programmes bénéficient de fonds particuliers. Si vous travailliez avec les méthodes traditionnelles, vous auriez un certain financement pour ces activités. Vous avez décidé de les faire dans une perspective traditionnelle autochtone. Combien est-ce que cela vous coûte, et combien est-ce que cela aurait coûté dans une perspective traditionnelle? En dernier lieu, comment évaluez-vous l'efficacité médicale de vos programmes?

[Traduction]

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Mrs. Morrison, I have to ask you to conclude shortly your remarks in order to leave time for members to ask questions.

**Mme Morrison:** Bien sûr.

Du fait que nous sommes un centre de santé urbain, un de nos problèmes est l'absence de responsabilité fédérale à l'égard des Indiens inscrits hors réserve. Ce problème exige une attention immédiate et nos dirigeants politiques doivent veiller à ce qu'elle soit inscrite à l'ordre du jour des discussions. Notre centre de santé ne bénéficie absolument d'aucun financement fédéral au titre de nos droits en tant qu'Indiens inscrits.

Ceux d'entre nous qui choisissent de vivre en zone urbaine nous voyons véritablement dépossédés de nos droits. Comme nos frères et soeurs des réserves, nous devons affirmer nos droits ancestraux afin que nous puissions commencer à retrouver notre santé politique, sociale et économique.

Je vous remercie.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Mr. Daviault.

**Mr. Daviault:** Thank you, Mrs. Morrison. We, the White people, are getting here into an area we know very little about. You talked about your traditional healing program. You say there is no federal funding at all and that it is financed by the province of Ontario. How much does this program cost?

How does it compare to the cost of similar services provided by western medical science? You talked about a change of direction by your centre. Previously, you had western medical practitioners providing these services and now you use Aboriginal healers. Could you provide us a costs comparison?

Third, in any medical program, there is medical evaluation. On what criteria do you base your evaluation of such a program? As one of the managers of this centre, how do you evaluate your programs?

**Mme Morrison:** Je voudrais un éclaircissement. J'ai compris la question sur l'évaluation. Mais la première était-elle bien de savoir de quel financement nous disposons pour le programme de guérison traditionnelle. Ai-je bien saisi?

**M. Daviault:** Oui.

**Mme Morrison:** D'accord. Désolée, quelle était la deuxième partie de la question?

**Mr. Daviault:** Normally, in a local community health centre, for example, there are support programs, evaluation and education programs. It seems to me that these centres do work that is similar to yours, but in the white man's tradition.

These programs are getting funding. If you used western methods, you would be getting funding for your work. You decided to use traditional aboriginal methods. How much does your program cost and how much would it cost using the western approach? Lastly, how do you evaluate the medical effectiveness of your programs?



[Text]

[Translation]

**Ms Morrison:** Okay. For the funding at present, we reallocated the physician's salary, which was \$150,000, and then we combined that with the \$45,000 that we had in the program at that time, so basically we have almost \$200,000. When you look at it, we have funding now for one other physician, so that's another \$150,000, and then we have three RNs. So when you look at funding as a community health centre from the province, we still get more funding in terms of the western approach, in terms of nurses and doctors.

It took us one year to get this reallocation of funds for traditional healing. We are able to access some funding for assistance to travel from medical service branch, though it is with difficulty because of how they want us to access the service. They will pay for travel and accommodation for the healers when they come—not always but sometimes. So that assists us in accessing traditional healers to come to Toronto.

I think when you look at the fact that we have 20 healers and elders and traditional teachers who we are able to utilize out of that pot of money of \$200,000, you're getting a lot in terms of counselling service, physical healing, and emotional healing. You're getting the gamut, the holistic approach to healing.

I hope that answers the question in terms of moneys.

In terms of evaluating, we certainly have been looking at how we want to evaluate that. When people go in, we ask what their issues are in terms of why they're accessing a healer, for example, and what happens during a session, and then we do the follow-up. We are developing a process in terms of how we will evaluate and how our people are getting healthier by the traditional healing program. Because this is new and it's certainly unique in an urban setting, we're learning as we go along how we should be evaluating, but we are doing that.

Does that answer your question?

**Mr. Daviault:** It's getting there.

**Ms Bridgman:** Thank you very much for your presentation, Ms Morrison. I'm sort of lost here. It's a new concept for me, so I'm trying to get my mind around it. My first concept was to identify it as I would identify a support group, and I think it's much more than that.

What I would like is an expansion on traditional healing and western healing. Is there an integration?

**Ms Morrison:** No. We don't see there can be an integration. Western medicine can support what we're doing, but there's no way they can integrate. Certainly when we first looked at it we thought about how it would work, and this has become very clear as we've moved along. I think there's a role for western medicine to play, and I think it's very important that we have a physician who supports traditional beliefs and our ways of healing, because our traditional ways of healing empower us. It really gives back our sense of who we are as native people, and helping us understand.

**Mme Morrison:** Bien. Pour le financement actuel, nous avons réaffecté le salaire du médecin, qui était de 150 000\$, et nous l'avons combiné avec les 45 000\$ que nous avions pour ce programme auparavant, c'est-à-dire que nous disposons de près de 200 000\$. Nous avons un financement pour un autre médecin, soit encore 150 000\$, et nous avons trois infirmières. Si vous regardez donc notre financement à titre de centre de santé communautaire, la plus grande partie de nos crédits nous est encore donnée au titre de l'approche holistique pour les infirmières et médecins.

Il nous a fallu un an pour obtenir cette réaffectation de fonds pour la guérison traditionnelle. Nous avons pu obtenir quelques crédits pour le déplacement auprès de la direction des services médicaux, et nous éprouvons quelques difficultés du fait des contraintes qui nous sont imposées. La direction va parfois payer le frais de voyage et d'hébergement des guérisseurs. . . pas toujours, mais parfois. Cela nous aide à faire venir les guérisseurs traditionnels à Toronto.

Si l'on considère que nous avons 20 guérisseurs et enseignants traditionnels que nous rémunérons avec ces 200 000\$, cela fait beaucoup de services de conseils, de thérapie physique et psychologique. Vous avez ainsi toute la gamme de services, toute l'approche holistique de la maladie.

J'espère que cela répond à votre question à propos du financement.

Pour ce qui est de l'évaluation, nous avons réfléchi aux méthodes d'évaluation. Lorsque les gens nous arrivent, nous leur demandons quels sont leurs problèmes, pourquoi ils veulent voir un guérisseur, par exemple, et nous faisons ensuite un suivi. Nous élaborons un mécanisme pour déterminer comment évaluer, quels sont les effets bénéfiques du programme de guérison traditionnelle. Mais sachant que c'est quelque chose de nouveau et de tout à fait unique dans un cadre urbain, nous apprenons au fur et à mesure que nous avançons la façon d'évaluer, et c'est donc quelque chose qui est en train.

Est-ce que cela répond à votre question?

**M. Daviault:** Vous en approchez.

**Mme Bridgman:** Je vous remercie de votre exposé, madame Morrison. Je suis un peu perdue. C'est pour moi un concept nouveau et j'essaye de comprendre. Ma première réaction était de penser qu'il s'agissait d'une sorte de groupe de soutien, mais je pense que c'est beaucoup plus que cela.

Voudriez-vous nous parler un peu plus de la manière dont la méthode traditionnelle et la méthode occidentale s'articulent entre elles? Y a-t-il une intégration?

**Mme Morrison:** Non. Nous ne voyons pas comment cela serait possible. La médecine occidentale peut compléter ce que nous faisons, mais il est impossible d'intégrer les deux approches. Lorsque nous avons commencé à envisager ce programme, nous nous sommes demandés comment cela allait fonctionner, et c'est devenu très clair au fur et à mesure que nous avançons. Je pense qu'il y a un rôle pour la médecine occidentale, et il est très important que nous ayons un médecin qui connaît les croyances traditionnelles et nos thérapies, car nos méthodes traditionnelles nous responsabilisent. Elles nous redonnent une identité en tant qu'Autochtones et nous aident à mieux nous comprendre.



[Texte]

When you look at traditional healing, you must understand most of it has been lost because of the impact of colonization. It's like getting back to our roots because it's very holistic in the four directions of the physical, the mental, the emotional, and the spiritual, which is very different from western medicine.

Western medicine is more physical. I guess there is the mental, but it's not the whole of the four directions. I think that's why we didn't see the integration, but yet there are times when it's obvious that we need to have western medicine there.

The other thing is the impact of colonization. We were told that this was devil's work. The missionaries were very clear that we shouldn't speak our language, that these medicine people were devils. People are still learning to feel, okay, what is this? What have we lost here? Western medicine is important because other people don't know or understand traditional healing as well, so they need access to that, and it's nice to have in a native health centre. That's sort of how we're able to work.

Does that explain that?

**Ms Bridgman:** Yes, I think so. It's a start. It's putting me on the right track, anyway. Thank you very much.

**Ms Fry:** I find what you're doing in your community to be interesting and to be really very challenging for me as a physician to get my head around it. I know where Margaret is coming from as a nurse. However, what I hear you saying—and correct me if I misinterpret it—is that the core of your healing is your traditional healing.

**Ms Morrison:** Correct.

**Ms Fry:** Western healing is an adjunct. You're using that as a supportive base. That's fine, and I can see how that'll work, because even though you are not integrating the two they are working supplementary to each other in some way.

What I want to get back to, however, is the evaluation concept.

What you said is very true. Dealing with western medicine, and speaking as a general practitioner, we like to try to be holistic, but for us holistic means combining the physical and the mental and the social issues together. What we do not factor in is the spiritual issue at all, and I think that's probably what you probably do very well and that's where we have failed.

I won't ask you about how you evaluate mental issues, but take, for instance, a physical problem like diabetes. Where you have your traditional healer and your western medicine healer working supplementary to each other, how are you able to evaluate how it works? Or do you not try to separate the evaluation? Do you look at the outcome completely as the evaluation without saying what did this bring to it and what did that bring to it? How do you do that?

**Ms Morrison:** Diabetes is an interesting one, actually, because the healer has worked very well with the western physician. Sometimes when he sees them, their blood sugar is very high. There's a constant checking of where the blood sugar

[Traduction]

S'agissant de la guérison traditionnelle, il faut bien voir que la plus grande partie de ce savoir a été perdue à cause de l'incidence de la colonisation. C'est comme un retour aux sources, parce que c'est une approche très holistique dans les quatre directions qui sont l'équilibre physique, l'équilibre mental, l'équilibre émotionnel et l'équilibre spirituel et en cela elle diffère beaucoup de la médecine occidentale.

La médecine occidentale s'intéresse surtout au corps. Il y a aussi un côté mental, mais qui ne couvre pas toutes les quatre directions. C'est pourquoi l'intégration n'est pas possible, mais il est évident que nous devons parfois faire appel à la médecine occidentale.

L'autre élément est l'incidence de la colonisation. On nous a dit que notre médecine était le travail du diable. Les missionnaires nous interdisaient de parler notre langue et nous disaient que nos chamans étaient des démons. Nous en sommes encore à essayer de retrouver ces origines, à nous demander ce que nous avons perdu. La médecine occidentale est importante parce que d'autres que nous ne connaissent ou ne comprennent pas encore aussi bien la guérison traditionnelle; ils ont donc besoin d'accès à la médecine occidentale et il est bon qu'elle soit disponible dans un centre de santé autochtone. Voilà donc comment nous fonctionnons.

Est-ce que cela vous explique la chose?

**Mme Bridgman:** Oui, je pense. C'est un début. Cela commence à me mettre sur la bonne voie. Merci beaucoup.

**Mme Fry:** Je trouve ce que vous faites très intéressant mais en tant que médecin je dois vraiment faire un effort pour comprendre. Je comprends les interrogations de Margaret, qui est infirmière. Si je vous ai bien compris—reprenez-moi si je me trompe—les thérapies traditionnelles sont au coeur de votre démarche.

**Mme Morrison:** C'est juste.

**Mme Fry:** La médecine occidentale n'est qu'un complément. Le point de départ est la médecine traditionnelle. C'est bien, et je peux imaginer comment cela fonctionne, car même si vous n'intégrez pas les deux, les deux approches se complètent l'une et l'autre d'une certaine façon.

J'en reviens à la question de l'évaluation.

Ce que vous avez dit est bien vrai. Dans la médecine occidentale, et je suis moi-même médecin généraliste, nous essayons d'avoir une approche holistique, mais pour nous holistique signifie combiner le physique et le mental et le social. Nous négligeons totalement la dimension spirituelle et c'est probablement là où vous réussissez probablement très bien et où nous avons échoué.

Je ne vous demanderai pas comment vous évaluez les aspects mentaux, mais prenons par exemple une maladie physique comme le diabète. Lorsque vous avez votre guérisseur traditionnel et votre médecin occidental dont les interventions se complètent, comment faites-vous pour évaluer les résultats de chacun? Ou bien ne cherchez-vous pas à distinguer entre les deux? Est-ce que vous regardez le résultat global, sans chercher à déterminer quelle action a amené tel effet et quelle action tel autre? Comment procédez-vous?

**Mme Morrison:** Le diabète est un cas très intéressant, car notre guérisseur collabore très bien avec le médecin occidental. Parfois, lorsqu'il les voit, leur taux de sucre est très élevé. Il y a un contrôle constant de la glycémie, de la quantité d'insuline

## [Text]

is at, how much insulin they're on, certainly by the physician, and the healer likes to know that before he sees the person. He works with them giving them herbal medicines, as well as talking to them about what's happening in their lives, where they are with their food intake, that kind of stuff, and looking at their changing to a healthier lifestyle.

• 1000

Basically what can and has happened with this healer is that they gradually have a healthier blood sugar. Gradually their insulin has decreased, sometimes to the point where they're not on insulin any more. So that's pretty obvious. That's a really easy one to gauge the success of. You can see what scientists love to see; the data is there that is concrete, so that one's easy.

**Ms Fry:** Quantitative, yes. So your spiritual healer doesn't ask the person to go off the insulin in order to go to spiritual healing?

**Ms Morrison:** No, wouldn't do that.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Merci beaucoup, madame Morrison, pour votre exposé. C'était fort intéressant. Bonne fin de journée.

**Ms Morrison:** Thank you.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Nous accueillons maintenant M. Daniel Paul Bork et M. Andrew Giasson de la Maison Waseskun. Bonjour, messieurs. Vous avez la parole.

**Mr. Daniel Paul Bork (Conference Coordinator, Waseskun House):** Madam Picard, Acting Chair, members of the Standing Committee on Health, on behalf of the board of directors of Waseskun House, Mr. Stan Cudek, the executive director, and the staff and residents of Waseskun House, we would like to thank you for your invitation to address the Standing Committee on Health during its study on mental health and the aboriginal peoples of Canada.

La Maison Waseskun est un centre résidentiel qui existe à Montréal depuis 1989. La majorité des gens qui nous sont envoyés proviennent des institutions correctionnelles tant provinciales que fédérales. Actuellement, nous avons la possibilité de recevoir 16 résidents et nous espérons augmenter ce nombre en obtenant plus de contrats des deux niveaux de gouvernement, ainsi que des références privées provenant des communautés des Premières nations.

Notre philosophie et notre approche sont basées sur tous les aspects de l'individu. Nous mettons l'accent sur la guérison et sur l'équilibre de l'individu en relation avec son environnement. Notre approche reconnaît que la guérison se situe à différents niveaux et que c'est un processus complexe. L'utilisation de la thérapie individuelle ainsi que la reconnaissance des possibilités de changement qui peuvent être effectués à l'intérieur d'un individu sont une partie importante de notre travail.

• 1005

Cette approche a été développée à partir de la compréhension des problèmes qui affectent les peuples autochtones et qui ont déjà été identifiés par le Comité permanent de la santé. Nous parlons ici de pauvreté accrue, de chômage, d'infrastructures, d'habitations inadéquates, du manque d'éducation et de discrimination.

## [Translation]

injectée, en tout cas de la part du médecin, et les guérisseurs tiennent à connaître aussi ces données avant de voir le patient. Il travaille avec eux, leur administre des herbes médicinales et parle avec eux de leur vie, de ce qu'ils mangent, ce genre de choses pour les inciter à mener un mode de vie plus sain.

Selon ce que l'on constate après l'intervention de ce guérisseur, c'est que le taux de glycémie diminue. Graduellement, leur prise d'insuline diminue, parfois jusqu'à ce qu'ils s'en passent complètement. C'est donc un cas où les résultats sont très visibles, faciles à juger. On a des chiffres, comme ceux que les scientifiques aiment tant voir. Dans ces cas-là, l'évaluation est facile.

**Mme Fry:** Oui, car elle est quantitative. Donc, votre guérisseur spirituel ne demande pas au patient d'arrêter le traitement à l'insuline au profit de la thérapie spirituelle?

**Mme Morrison:** Non, pas du tout.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Thank you very much, Mrs. Morrison, for your presentation. It was very interesting. Have a nice day.

**Mme Morrison:** Je vous remercie.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** We will now go to Mr. Daniel Paul Bork and Mr. Andrew Giasson of Waseskun House. Welcome, gentlemen. The floor is yours.

**M. Daniel Paul Bork (coordonateur de conférence, Waseskun House):** Madame Picard, membre du comité permanent de la Santé, au nom du conseil d'administration de Waseskun House, de M. Stan Cudek notre directeur exécutif, et du personnel et des résidents de Waseskun House, nous tenons à vous remercier de cette invitation à prendre la parole devant le comité permanent de la Santé dans le cadre de son étude de la santé mentale chez les Autochtones du Canada.

Waseskun House is a residential centre that has been in existence in Montreal since 1989. The majority of people who are referred to us come from provincial as well as federal correctional institutions. Presently we have a capacity of 16 residents and we hope to increase this number through signing new contracts with both levels of government as well as through private referrals from First Nations communities.

We have a holistic philosophy and approach of the individual. We emphasize healing and balance in relation to the environment. Our approach recognizes that healing occurs at two different levels and is a complex process. Use of individual therapy as well as recognizing the potential for change within an individual are a large part of our work.

This approach has been developed based on our understanding of the problems affecting aboriginal people and which our committee has already identified. We are talking here about increased poverty, unemployment, lack of infrastructure, inadequate housing, lack of education and discrimination.



## [Texte]

Tous ces problèmes ont un impact direct sur la santé mentale des individus et ils ne font que renforcer une pauvre estime de soi, ainsi qu'une pauvre image de soi-même chez les autochtones en tant qu'individus.

Notre travail vise à renforcer l'identité culturelle, le sentiment d'appartenance et une meilleure conscience de soi-même, ainsi qu'à accroître l'estime de soi chez l'individu.

**Mr. Andrew Giasson (Program Coordinator, Waseskun House):** In terms of programming, we have concentrated on providing a program structure that addresses both global and individual needs. A treatment plan is developed with each client that relates to his individual problem areas, but that also relates to the role he plays within his family, his community, and his nation. He may be a father, a husband, a son, a community member. His future progression and healing are tied to his future environment, either that of his home community or that of the new community of his choice.

Core programming addresses such topics as anger management, native addictions awareness, stress management, community interaction, human sexuality, native family systems, financial management, and life skills. In addition, an integral component of our program is the use of traditional cultural and spiritual practices.

Group sessions take place in the context of the overall program that include responsibility for constructive use of time and implication in culturally appropriate activities. Residents participate in a 14-week block of programs, followed by a period of gradual reintegration in some cases or a period of orientation for the return home for others.

Gradual reintegration is usually appropriate for those who intend to remain in the Montreal area. The process consists of planning a budget, apartment hunting, a job search, or a search for further education.

A very large number of the clients who pass through our facility have been convicted of sexual offences. We have entered into a liaison relationship with the sexual offenders unit of the Université de Montréal. The Université de Montréal's sex therapy is complemented with culturally appropriate counselling by our staff, which challenges inappropriate sexual beliefs and behaviours.

A very important aspect of the activities at Waseskun House is a work program that provides part-time employment for the residents who might not otherwise find employment on the open job market. Investment of project money has enabled the organization to set up a furniture, moving, and transport business. Residents are given the opportunity to work and are paid at an hourly rate.

In combination with this business, residents are also encouraged to use their natural talents in art and craft work. We never cease to be amazed by the vast range of talents demonstrated by individuals who find the means to express themselves through carving, painting, or bead-work. A fine example of this is a current resident who plans to stage an exhibition of paintings in his home community as a way of reintroducing himself to the people he has harmed in the past.

## [Traduction]

All these problems have a direct impact on the mental health of individuals and only serve to reinforce lack of self-esteem and a poor self-image of aboriginal people as individuals.

Our work aims at reinforcing a sense of cultural identity, a sense of belonging and a better self-awareness as well as to increase the self-esteem of individuals.

**M. Andrew Giasson (coordonnateur de programme, Maison Waseskun):** Pour ce qui est de nos programmes, nous nous sommes concentrés sur la mise en place d'une structure qui vise tant les besoins généraux que spécifiques. Un plan de traitement est mis au point pour chaque client, en fonction de ses problèmes personnels mais aussi du rôle qu'il joue au sein de sa famille, de sa communauté et de sa nation. Il peut être un père, un mari, un fils, un membre de la collectivité. Son progrès et sa guérison sont rattachés à son environnement futur, soit celui de sa communauté d'origine soit celui de la nouvelle communauté de son choix.

Les programmes de base couvrent des aspects tels que la maîtrise de la colère, la sensibilisation aux risques de toxicomanie chez les Autochtones, le contrôle du stress, l'interaction avec la collectivité, la sexualité, les structures familiales autochtones, la gestion financière et la préparation à la vie quotidienne. Le recours aux pratiques culturelles et spirituelles traditionnelles fait partie intégrante de nos programmes.

Les séances de groupe se déroulent dans le contexte du programme d'ensemble qui comprend l'utilisation constructive du temps et la participation des activités culturellement appropriées. Les résidents suivent un ensemble de programmes sur 14 semaines, suivis d'une période de réinsertion graduelle dans certains cas ou une période d'orientation en vue du retour chez soi dans d'autres cas.

La réinsertion graduelle convient généralement à ceux qui ont l'intention de rester dans la région de Montréal. Le processus consiste à planifier un budget, chercher un appartement, un emploi ou des cours de formation.

Un nombre très important de nos clients ont été condamnés pour délits sexuels. Nous sommes en liaison avec l'unité des délinquances sexuelles de l'Université de Montréal. La thérapie sexuelle dispensée à l'Université de Montréal est complétée par un counselling culturellement adapté offert par notre personnel, qui met en relief le caractère inconvenant des conceptions et comportements sexuels du sujet.

Un élément très important des activités de la Maison Waseskun est un programme de travail qui offre des emplois à temps partiel aux résidents qui seraient peu susceptibles d'en trouver un sur le marché libre. En investissant les crédits alloués à ces projets, l'organisation a pu mettre sur pied une entreprise de déménagement et de transport de meubles. Les résidents ont ainsi l'occasion de travailler et touchent un salaire horaire.

Les résidents sont également encouragés à faire usage de leurs talents naturels dans la création artistique et l'artisanat. Nous ne cesserons jamais d'être étonnés par l'éventail des talents dont font preuve des Autochtones qui parviennent à s'exprimer par la sculpture, la peinture ou le perlage. Un bon exemple est l'un de nos résidents actuels qui compte monter une exposition de ses peintures dans sa collectivité d'origine comme moyen de se représenter à ceux à qui il a nui par le passé.



[Text]

[Translation]

• 1010

The period of orientation for reintegration varies from individual to individual, depending on the case and the legal status of that person. For those who plan to return home to a more distant community, work is done to prepare for the reintegration into their families, where appropriate, by making contact with family members and social services.

It is an unfortunate fact that for some a return to the home community is not possible, either because of legal restraints or because the community itself refuses to accept the individual back. Non-acceptance of an individual occurs when the community remains afraid the ex-offender will recidivate, or where the traditional idea of banishment for wrongdoing is still very strong.

In these cases, it is important to assist that individual to re-establish himself elsewhere, usually in an urban community. Many of our clients prefer to remain in Montreal. We are aware that urban living is rife with pitfalls for individuals who have already experienced poverty, prejudice, under-education and unemployment, and who may be attempting to continue their healing processes. Our organization attempts to familiarize its clients with the positive aspects of urban life, and connect them with the resources that will help them maintain their stability.

Constant themes that emerge through all programming are unresolved grief issues and the effects of inappropriate expressions of emotion through drug and alcohol abuse, which have often led that individual into conflict with the criminal justice system. Intervention in this respect consists of allowing the client to express suppressed emotions in a safe and structured environment. We see our clients' struggles to control and identify emotions, which have previously been expressed during drinking bouts or while using drugs.

In group sessions and individual counselling, clients are encouraged to understand their emotions, deal with past losses, and find ways of coping with their grief.

Waseskun House is committed to expanding its program to current needs. In 1992, steps were taken to procure the use of a campsite at St-Gabriel-de-Brandon, Quebec, with a view to developing a drug and alcohol abuse prevention program in a secluded environment.

After a short trial run in that year, a full intensive holistic program was delivered in the summer of 1993 to address the issues that result from alcohol and drug abuse. Clients from several different nations resided at the camp and involved themselves in cultural and spiritual activities. The camp provided a forum for visiting elders to talk with the residents, and for the construction of a sweat lodge.

For some, the sweat lodge was their first experience of a traditional cleansing ceremony. We can say its impact on the participants was considerable, even for those to whom such a ceremony was alien. It should also be noted that many of our clients had been brought up in the Christian faith, but in a rigid manner that had constricted spirituality.

La durée de la période d'orientation en vue de la réinsertion varie selon les personnes, selon leur dossier et leur statut juridique. Pour ceux prévoient de rentrer dans une collectivité éloignée, on les prépare à la réintégration dans leur famille, et le cas échéant, en prenant contact avec les membres de la famille et des services sociaux.

Toutefois, pour certains le retour au foyer est impossible, soit à cause d'empêchements juridiques soit parce que la collectivité elle-même refuse de reprendre l'intéressé. Ce refus intervient lorsque la collectivité craint la récidive, là où la notion traditionnelle de bannissement comme forme de punition reste encore présente.

En pareil cas, il importe d'aider le sujet à s'insérer ailleurs, habituellement dans une agglomération urbaine. Nombre de nos clients préfèrent rester à Montréal. Nous avons conscience que la vie urbaine est semée d'embûches pour des gens qui ont déjà souffert de la pauvreté, de préjugés raciaux, de manque d'instruction et de chômage et qui doivent en même temps mener à terme un processus de guérison. Notre organisation s'efforce de familiariser ces clients avec les aspects positifs de la vie urbaine et de les mettre en rapport avec les ressources qui peuvent les aider à maintenir leur stabilité.

Les thèmes constants qui émergent dans tous nos programmes sont le chagrin inexprimé et les effets de l'expression anormale des sentiments par le biais de la consommation de drogue et d'alcool, laquelle justement est souvent la cause des ennuis de l'individu avec la justice. L'intervention à cet égard consiste à permettre au client d'exprimer ses émotions refoulées dans un cadre sûr et structuré. Nous voyons nos clients lutter pour contrôler et identifier leurs émotions, qui s'exprimaient auparavant au cours de beuveries ou sous l'emprise de drogues.

Dans les séances de groupe et individuelles, nous encourageons les clients à comprendre leurs émotions, et à surmonter leurs chagrins présents ou passés.

La Maison Waseskun est désireuse d'élargir ses programmes afin de les adapter aux besoins actuels. En 1992, des mesures furent prises pour obtenir l'usage d'un terrain de camping à Saint-Gabriel-de-Brandon, au Québec, afin de mettre sur pied un programme de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie dans un cadre d'isolement.

Après un court essai cette année-là, un programme holistique complet a été mis sur pied pendant l'été 1993 à l'intention d'alcooliques et de toxicomanes. Des clients de diverses nations ont résidé dans le camp et se sont immergés dans des activités culturelles et spirituelles. Le camp constituait un forum où des anciens venaient en visite pour parler aux résidents et pour l'aménagement d'une étuve.

Pour certains, l'éteve a été leur première expérience d'une cérémonie traditionnelle de purification. Nous pouvons dire que l'effet sur les participants a été remarquable, même sur ceux pour qui une telle cérémonie était absolument étrangère. Il convient de noter que bon nombre de clients ont été élevés dans la foi chrétienne, mais d'une manière rigide qui restreignait la spiritualité.

## [Texte]

The concept of intervention in health and social services for aboriginal people has often been interpreted as removing the traditional responsibilities of the individual, family and community.

Waseskun House promotes traditional concepts, the circle of life, which encourages individuals to accept responsibility for themselves, their families, their communities and their nation. What was once a healthy cyclical lifestyle, in balance with the environment, is now breached by the influence of non-native values and non-native systems.

The incursion of inappropriate coping mechanisms, such as drug and alcohol abuse have destroyed the cyclical pattern of existence that traditionally supported individuals and communities. While the circle held strong and provided a healthy way of life, non-direct interference in the lives of others was beneficial to group and individual survival. The break that has now occurred in cyclical living requires that individuals make changes in their lives to return to positive ways of being.

Thus intervention in mental health issues for aboriginal people is required to promote change as well as to be supportive. Therapeutic intervention at a resource encourages the possibility of change within the individual.

What is also necessary is an understanding of the possibility of ex-offender change by the home communities themselves and by those who work in the communities' social services. A challenge frequently faced by the returning ex-offender is to convince community members and front-line workers that he has made changes in his life.

An understanding of the treatment process by health and social service workers and community members and an ability to continue this process is essential to support the client in staying on his healing path. Training in treatment processes followed outside the communities for the community and its services is urgently required.

In respect to the mental health of aboriginal community workers, we have heard through consultation and research of the difficulties faced by those who struggle to provide services for their clients while dealing with their own personal issues and the ever-present threat of burn-out.

Caring for the front-line worker becomes as important as caring for the clients, especially in small communities where clients and workers may be interrelated and issues such as confidentiality and boundary making are magnified.

The distrust of workers as representatives of non-native systems that talk of intervention though perceived as interference complicates trust building and exacerbates conflict. Also, workers are frequently victims of the very problems that they see in their clients, the result of which is difficulty in managing counter-transference.

## [Traduction]

La notion d'intervention des Autochtones dans les services sanitaires et sociaux a souvent été interprétée comme la levée des responsabilités traditionnelles de l'individu, de la famille et de la collectivité.

La Maison Waseskun promulgue les concepts traditionnels, le cercle de vie, qui encourage l'individu à accepter la responsabilité pour lui-même, sa famille, sa collectivité et sa nation. Ce qui était jadis un mode de vie cyclique sain, en harmonie avec l'environnement, est maintenant battu en brèche par l'influence des valeurs et des systèmes non-autochtones.

L'incursion de mécanismes de réactions anormales, tels que l'abus de drogues et d'alcool, a détruit le rythme cyclique de l'existence qui imprégnait traditionnellement les individus et les collectivités. Tant que le cycle tenait bon et assurait un mode de vie sain, l'ingérence non-directe dans la vie d'autrui était bénéfique pour la survie du groupe et de l'individu. La rupture qui est maintenant intervenue dans la vie cyclique exige que les particuliers apportent des changements dans leur vie afin de retrouver des façons positives de vivre.

Ainsi, une intervention dans les facteurs qui conditionnent la santé mentale des Autochtones est-elle requise pour promouvoir le changement et fournir des appuis. L'intervention thérapeutique, accroît la possibilité de changement spirituel chez l'individu.

Il faut également que les collectivités d'origine et les travailleurs sociaux de ces collectivités comprennent les possibilités pour les ex-délinquants de changer. Une difficulté que rencontrent fréquemment les ex-délinquants à leur retour chez eux est celle de convaincre les membres de leur collectivité et les travailleurs sociaux de la réalité de ce changement.

Si l'on veut que le client puisse poursuivre dans la voie de la guérison, il est essentiel que les travailleurs sanitaires et sociaux et les membres de la collectivité comprennent le processus de traitement. Il existe un besoin urgent de familiariser les collectivités et ces prestataires de services avec les processus de traitement suivis en dehors.

Pour ce qui est de la santé mentale des travailleurs communautaires autochtones, nous avons eu connaissance par nos consultations et recherches des difficultés qu'éprouvent ceux qui s'efforcent de fournir des services à leurs clients tout en se débattant avec leurs problèmes personnels et sous la menace constante de l'épuisement nerveux.

Il devient ainsi tout aussi important de s'occuper des travailleurs de première ligne que des clients, particulièrement dans les petites localités où les clients et les travailleurs sont souvent apparentés et où des questions telles que la confidentialité et le traçage de limites sont amplifiées.

La méfiance que rencontrent ces travailleurs en tant que représentants de systèmes non autochtones, qui parlent d'intervention alors que celle-ci est perçue comme une ingérence, complique l'établissement de relations de confiance et exacerbe les conflits. Par ailleurs, les travailleurs sont fréquemment victimes des mêmes problèmes que ceux qu'ils voient chez leurs clients, ce qui cause des problèmes de transfert réciproque.



## [Text]

At a recent national forum on the reintegration of aboriginal ex-offenders, front-line workers expressed a very strong need for culturally appropriate training that would assist them in all these areas. They were very insistent that training needs should be generated by their communities themselves rather than be imposed, as has been the case in the past, and that this training should also include methodology that would assist in their own healing.

In conclusion, we know it is possible to address mental health issues for aboriginal people without considering the whole person in relation to the concept of balance as represented by our medicine will. A holistic approach that achieves balance must include the physical, mental, spiritual and emotional needs of that person.

Our work with the help of our supporters will continue to research, develop and deliver culturally appropriate therapy and counselling to the first nations community members who request our aid. In keeping with this, we are looking to research and develop a healing centre that will integrate the holistic approach in an outdoors environment for clients and front-line workers alike. Issues for front-line workers that have been identified as problematic will be dealt with in a hands-on approach by trained staff, native elders, spiritual people and resource persons.

To this end, we expect to receive more private referrals as participants to this new service as communities concentrate on prevention and intervention before the law enforcement process. For the participants, the healing centre will serve as a safe environment in which to express, share, learn and grieve.

In the preceding pages we have outlined the research, work and effort of aboriginal volunteers, aboriginal counselling staff, aboriginal professionals, aboriginal administrative staff, aboriginal students, as well as a few key non-aboriginal employees and supporters in the area of the native ex-offender and his mental health and personal development.

From our experience, our research and our contacts with first nations communities and our work with the first nations community members, we submit the following three recommendations:

One, we recommend concentration of funding sources to community-based approaches that encourage improved communication in the area of mental health, cooperation and exchange between native resources and communities, both urban and non-urban, to enhance networking.

Two, we recommend allocation of financial and human resources that further the training and professional development opportunities to develop community-based approaches.

Three, we recommend a government health policy reflecting the reality of the majority of aboriginal peoples living in urban environments.

## [Translation]

Récemment, lors d'un forum national sur la réinsertion des ex-délinquants autochtones, les travailleurs de première ligne ont exprimé la nécessité d'une formation culturellement appropriée dans tous ces domaines. Ils ont beaucoup insisté sur le fait que cette formation soit conçue par leurs collectivités elles-mêmes plutôt que d'être imposée de l'extérieur, comme c'était le cas auparavant, et qu'elle englobe des méthodes qui les aident à se guérir eux-mêmes.

En conclusion, nous savons qu'il n'est pas possible de s'attaquer au problème de la santé mentale chez les Autochtones sans considérer l'être humain tout entier dans ses rapports avec l'environnement. Une approche holistique pour rétablir l'harmonie doit répondre aux besoins physiques, mentaux, spirituels et émotionnels de l'intéressé.

Notre travail, avec l'aide de nos partisans, sera de continuer à élaborer et offrir des thérapies culturellement appropriées aux membres des Premières Nations qui demandent notre aide. À cette fin, nous cherchons à établir un centre de guérison mettant en oeuvre l'approche holistique dans un environnement naturel et recevant tant les clients que les travailleurs de première ligne. Les problèmes constatés par ces derniers feront l'objet d'une approche dynamique mise en oeuvre par du personnel spécialisé, des anciens, des chefs spirituels et des spécialistes.

À cette fin, nous escomptons que davantage de particuliers nous soient envoyés par les collectivités, mettant l'accent sur la prévention, avant l'intervention du processus judiciaire. Pour les participants, le centre de guérison offrira un environnement sûr dans lequel ils pourront exprimer leurs émotions et chagrins, communiquer et apprendre.

## • 1020

Dans les pages précédentes, nous avons exposé la recherche, le travail et les efforts des bénévoles autochtones, du personnel de conseillers autochtones, des professionnels autochtones, du personnel administratif autochtone, des étudiants autochtones ainsi que de quelques employés et sympathisants importants non-autochtones dans le domaine de l'ex-contrevenant autochtone, de sa santé mentale et de ses progrès personnels.

À la lumière de notre expérience, de nos recherches et de nos contacts avec les collectivités des Premières nations et de notre travail avec des membres de ces collectivités, nous proposons les trois recommandations suivantes:

Premièrement, nous recommandons de concentrer les sources de financement au profit de démarches basées dans la collectivité et visant à améliorer la communication dans le domaine de la santé mentale, la collaboration et les échanges entre les ressources et collectivités autochtones, urbaines et non urbaines, afin d'améliorer le travail en réseau.

Deuxièmement, nous recommandons l'affectation de ressources financières et humaines permettant d'améliorer les occasions de formation et de perfectionnement professionnels afin de développer les démarches basées dans la collectivité.

Troisièmement, nous recommandons au gouvernement d'adopter une politique de la santé qui tienne compte de la réalité de la majorité des populations autochtones qui vivent en milieu urbain.



## [Texte]

Thank you very much. [*Witness continues in native language*]  
That means "thank you" in my language.

**Mr. Patry:** Mr. Bork and Mr. Giasson, thank you very much for your presentation and also for the marvellous work you are doing in your community.

You talked a lot about cultural and spiritual factors that play a crucial role in the holistic healing approach that addresses the body, mind and spirit. My question is where do your social workers get their information to address the major problems you are facing, such as violence, *toxicomanie* and drugs? Also, do you have a network of elders working with you to promote positive mental health?

**Mr. Giasson:** I will answer the second question first.

As for resource people, we do use people from my community, Kahnawake. We also use people from Six Nations in Brantford, Ontario, and in Akwesasne. When saying "resource", I mean we do use a lot of traditional people, spiritual guides if you wish, and many elders. Whenever we have something especially planned with the residents we always invite our elders to participate. Sometimes we invite children to come with us, because they are very important to us as well.

If I understood your first question right, it was where do the social workers obtain the information on how to deal with the problems? Is that what you mean?

**Mr. Patry:** It is the difficult problems. You are talking about drugs, talking about people in prisons waiting for trials and after trials. These are very, very difficult people and problems. But the social workers working within your group, where do they learn to deal with these problems? Do they just learn it from the elders?

**Mr. Giasson:** Do you mean how did the staff learn how to deal with it?

**Mr. Patry:** Yes.

**Mr. Giasson:** Most of the staff have formal education. Again, it is the teaching of the people and the teachings you learn as a child growing up. The staff does use the traditional approach with the clients. It is a combination of formal education and traditional teachings.

**Mr. Patry:** In urban areas like Montreal or Toronto—in Montreal because you live in Montreal—do you have any aboriginal doctors, such as psychologists, working within your group?

**Mr. Giasson:** Yes, we do have a native psychologist from Kahnawake who will be working with us. She just obtained her licence so she definitely will be a resource for us. Other psychologists will depend on the need of that individual, again depending on the problem area.

## [Traduction]

Merci beaucoup. [*Le témoin continue en dialecte autochtone*]  
Cela veut dire «merci» dans ma langue maternelle.

**M. Patry:** Monsieur Bork et monsieur Giasson, nous tenons à vous remercier de votre témoignage ainsi que du merveilleux travail que vous accomplissez dans votre milieu.

Vous avez beaucoup parlé des facteurs culturels et spirituels qui jouent un rôle essentiel dans la démarche de guérison holistique qui s'adresse au corps, à l'intelligence et à l'esprit. Alors, voudriez-vous me dire où vos travailleurs sociaux obtiennent les renseignements dont ils ont besoin pour s'occuper des grands problèmes qui vous confrontent comme la violence, la toxicomanie et les drogues? Disposez-vous aussi d'un réseau d'aînés qui collaborent avec vous à la promotion d'une santé mentale positive?

**M. Giasson:** Je vais d'abord répondre à la deuxième question.

Les personnes-ressources qui nous aident sont des gens de ma collectivité, Kahnawake. Nous avons aussi recours à des gens des six Nations à Brantford en Ontario, et à Akwesasne. Quand nous parlons de personnes-ressources, il s'agit principalement de personnages liés à la tradition, de guides spirituels en quelque sorte, et de nombreux aînés. Chaque fois que nous organisons quelque chose de spécial avec les résidents, nous invitons toujours nos aînés. Il nous arrive aussi d'inviter les enfants parce qu'ils sont, eux aussi, très importants pour nous.

Si j'ai bien compris votre première question, vous voulez savoir où les travailleurs sociaux obtiennent les renseignements dont ils ont besoin pour traiter les problèmes? Est-ce bien cela?

**M. Patry:** Je parle des problèmes difficiles. Vous nous parlez de drogue, de gens qui se trouvent en prison en attendant leur procès et après le procès. Ces gens, tout comme ces problèmes sont très, très difficiles à aborder. C'est pourquoi je veux savoir où les travailleurs sociaux qui travaillent avec votre groupe apprennent à s'occuper de ces problèmes? L'apprennent-ils de leurs aînés?

**M. Giasson:** Vous voulez savoir comment le personnel professionnel apprend à traiter ces problèmes?

**M. Patry:** Oui.

**M. Giasson:** La plupart des membres du personnel ont reçu un enseignement officiel. Mais il y a aussi l'enseignement du milieu et tout ce qu'un enfant apprend pendant qu'il grandit. Le personnel utilise la méthode traditionnelle avec sa clientèle. C'est une combinaison d'enseignement officiel et de notions apprises par la tradition.

**M. Patry:** Dans les zones urbaines comme Montréal ou Toronto—disons à Montréal, puisque c'est là que vous vivez—avez-vous des médecins autochtones, des psychologues par exemple, qui travaillent avec votre groupe?

**M. Giasson:** Oui, nous avons une psychologue autochtone de Kahnawake qui va bientôt travailler chez nous. Elle vient d'obtenir son permis et sera vraiment une personne-ressource pour nous. D'autres psychologues interviendront selon les besoins du client en particulier, en fonction du problème qui l'afflige.

## [Text]

**M. Daviault:** Merci. C'est un travail très intéressant. Lorsque j'avais abordé les changements à la Loi sur les jeunes contrevenants qui ont été présentés au Parlement il y a déjà quelques mois, j'avais été étonné de voir la différence en termes de nombre d'incarcérations des autochtones entre les provinces centrales et les provinces de l'Ouest. Je ne veux pas imputer de motifs à qui que ce soit ou à quelque communauté que ce soit.

Ce sont des chiffres effrayants. Quelqu'un des provinces de l'Est a pratiquement l'impression qu'on enferme à peu près tout ce qui bouge dans les provinces de l'Ouest.

Au niveau des *halfway houses*—au fond, c'est un peu ce que vous êtes au niveau carcéral—, est-ce qu'il y a ce même type de différence entre les provinces? Est-ce que vous vous considérez comme un projet pilote? Êtes-vous à l'avant-garde de ce qui se fait en service postcarcéral par rapport aux autochtones et par rapport à ce qui existe dans les autres provinces, ou si votre type d'établissement se retrouve un peu partout au Canada? À partir de votre expérience, peut-on tirer une conclusion sur ce qui se fait en milieu postcarcéral pour les autochtones?

**Mr. Giasson:** Waseskun House was born in 1989. It is a new concept. It is a halfway house for native males. It is new in this area. We go above and beyond what a regular halfway house does because we also implement a lot of programs in order to assist the individual in his own healing process.

We have been used by many prisons in Quebec, both federal and provincial. Also, now we are starting to receive many community referrals for the people who have been involved with the legal system one way or another. We have also had referrals from Ontario. As we improve and grow as a program and a resource, we are becoming very popular. We are being used more as a resource again to help the aboriginal offenders.

Did that answer your question?

**Mr. Daviault:** There are halfway houses in other provinces, maybe not with the same approach, but they are as frequent as in the central provinces.

**Mr. Giasson:** Again, part of the traditional ways of native peoples is to help and support a person through the healing process as opposed to punishment. A need was there and it was created. What we are doing is trying to assist those individuals with the problems they have. Instead of using punishment, we support them and help them on a healing journey, a healing path for themselves.

It is different from the concept of a halfway house where sometimes it is just an in-between place. We have taken more responsibility and use a more traditional approach. We work within the guidelines and in conjunction with Corrections Canada and the provincial institutions. We still have to follow the guidelines, but our aim is to help the individuals in there to heal themselves, to put them on a healing journey.

## [Translation]

**Mr. Daviault:** Thank you. This is very interesting work. When I discussed the amendment to the Young Offenders Act that was submitted to Parliament a few months ago, I was surprised by the difference in numbers of jail terms of aboriginal people between the central provinces and western provinces. I am not trying to impute motives to anyone or to any community.

These are staggering figures. Looking at it from the eastern provinces, you particularly get the impression that they jail almost anybody that moves in the western provinces.

As far as halfway houses are concerned—as this is somehow what you are in carceral terms—, is there the same kind of difference between provinces? Do you consider yourselves as a pilot project? Are you at the forefront of what is being done as post-detention service towards aboriginal people and in relation to what is being done in other provinces, or does your kind of institution exist in various parts of Canada? From your own experience, can we draw a conclusion about what is being done as a post-detention environment for the aboriginals?

**M. Giasson:** La maison Waseskun a vu le jour en 1989. C'est une idée nouvelle. C'est une maison de transition pour autochtones de sexe masculin. C'est nouveau dans ce domaine. Nous allons bien au delà de ce que c'est qu'une maison normale de transition parce que nous exécutons aussi de nombreux programmes visant à aider le sujet dans son propre processus de guérison.

De nombreuses prisons du Québec, fédérales et provinciales, ont eu recours à nos services. Nous commençons également à recevoir de nombreux cas de la collectivité pour des gens qui ont d'une façon ou d'une autre en des démêlés avec la justice. Des cas nous ont également été référés de l'Ontario. Au fur et à mesure des progrès que nous réalisons comme programme et comme ressource, nous devenons très en demande. On nous demande de plus en plus d'intervenir pour aider les délinquants autochtones.

Cela répond-t-il à votre question?

**M. Daviault:** Il existe des maisons de transition dans d'autres provinces, qui n'utilisent peut-être pas la même méthode, mais on en trouve tout autant dans les provinces du centre.

**M. Giasson:** Je répète qu'une partie des méthodes traditionnelles des groupes autochtones est d'aider et soutenir un de leurs membres par une démarche de guérison plutôt que par la punition. Il y avait un besoin et nous avons créé le service. Nous essayons d'aider ces particuliers à surmonter leurs problèmes. Au lieu de les punir, nous les soutenons et les aidons à trouver la voie de leur propre guérison.

C'est une méthode différente de la maison de transition qui n'est parfois qu'un simple logement intermédiaire. Nous avons assumé une responsabilité plus grande et utilisons une méthode plus conforme à nos traditions. Nous travaillons en conformité des directives des services correctionnels du Canada et des institutions provinciales, et en collaboration avec eux. Nous devons néanmoins suivre ces directives, mais notre but est d'aider chaque individu à se guérir lui-même, à le placer sur la voie de la guérison.



[Texte]

[Traduction]

• 1030

**M. Daviault:** Ma dernière question porte sur la formation des travailleurs. Vous avez des travailleurs sociaux qui ont une formation traditionnelle. Ils sont formés comme travailleurs sociaux pour travailler avec des détenus ou des ex-détenus, et ils ont aussi une formation que vous leur donnez pour travailler avec des ex-détenus autochtones.

Étant donné le caractère autochtone des détenus, cette formation vous est tout à fait personnelle. Je voudrais savoir si, au niveau de la province et même du Canada, certains services vous sont donnés par l'Assemblée des Premières nations afin d'uniformiser ou d'assujettir la formation partout au Canada à des critères généraux, ou si cette formation est strictement particulière à votre communauté ou à votre province.

**Mr. Giasson:** I'm not too clear what you mean when you say the word "training". Do you mean training our staff to deal with the individuals?

**Mr. Daviault:** Yes.

**Mr. Giasson:** When a new person starts or we're training a staff member, often it's observation. It's a hands-on approach. It's not something such that you could pick up a textbook and say, okay, this is how everything's done. It's hands on, watching, and gradually applying the methods that are being taught.

**Mr. Culbert (Carleton—Charlotte):** Thank you very much, gentlemen, for being here this morning and for providing us with education on the background of what you're doing in the area of aboriginal health.

As you're probably well aware, this committee, indeed the government and Parliament, consider the health of our aboriginal people coast to coast extremely important—but not to duplicate other consultations or studies that are taking place currently or that previously have taken place on this subject. So we've zeroed in on some specific areas.

First one question, maybe to play a little Gordon Sinclair. I notice in the résumé—and maybe you mention it, but I missed it if you did—the house is operated as a non-profit organization, run by aboriginals. But where do you get your funding? Quite obviously, any property or any body or organization has to have funding come from somewhere.

The reason why I ask that is that very honestly, governments, organizations, bodies of all levels, have to look at new and innovative ways of doing things, not just throwing money at them, because nobody has the additional or new moneys. What we have to do is use the dollars that are available to all of us at whatever level of government we happen to be at, in the most efficient and best approach. I heard your three recommendations in your summation, and they are very good.

I have another question on that, to follow up. We have to do it in a very partnership fashion, with all levels of governments, the provinces, communities, and so on. Getting to the aboriginal community itself, I'm wondering what your

**Mr. Daviault:** My last question is about the training of the workers. You have social workers with a formal training. They have been trained as social workers to work with prison inmates or ex-inmates, and they also have the training you give them in order to work with aboriginal ex-inmates.

Since those inmates are aboriginal people, this training is quite specific to your community. I am interested to know if, at the provincial level or even Canada-wide, some services are given to you by the Assembly of First Nations in order to standardize training submitted to general criteria for the whole of Canada, or if this training is strictly specific to your community or your province.

**M. Giasson:** Je ne vois pas très bien ce que vous voulez dire quand vous utilisez le terme «formation». Voulez-vous parler de la formation de notre personnel pour s'occuper des personnes elles-mêmes?

**M. Daviault:** Oui.

**M. Giasson:** Quand une nouvelle personne débute, ou que nous formons un membre du personnel, on procède souvent par observation. Notre méthode est empirique. Ce n'est pas quelque chose qu'on apprend dans un manuel ni qui s'explique dans tous les détails. C'est une question de pratique, d'observation, et d'application graduelle des méthodes qui sont enseignées.

**M. Culbert (Carleton—Charlotte):** Merci beaucoup, messieurs, de votre présence ici ce matin et de nous initier à ce que vous faites dans le domaine de la santé des autochtones.

Vous savez sans doute que notre Comité, pour ne pas dire le gouvernement et le Parlement eux-mêmes, considèrent la santé de nos groupes autochtones d'un océan à l'autre comme de la plus haute importance. . . mais il ne s'agit pas de répéter d'autres consultations ou études qui se déroulent actuellement ou qui se sont déjà déroulées sur la question. C'est pourquoi nous avons fixé notre attention sur des secteurs bien précis.

Je vais commencer par une question, peut-être dans le style de Gordon Sinclair. Je remarque dans le résumé—et peut-être l'avez-vous mentionné mais cela m'a échappé—que la maison est gérée comme organisation sans but lucratif, par des Autochtones. D'où viennent alors les fonds dont vous avez besoin? De toute évidence, toute propriété, organisme ou organisation doit recevoir de l'argent de quelque part.

Si je pose cette question c'est que, en toute honnêteté, les gouvernements, les organisations, les organismes de tous les niveaux doivent rechercher des moyens innovateurs de faire les choses, et ne pas se contenter de leur jeter de l'argent, parce que personne n'a plus d'argent frais à distribuer. Nous devons maintenant utiliser les dollars qui nous restent à tous les niveaux de gouvernement, quels qu'ils soient, de la façon la plus habile et la plus efficace. J'ai entendu vos trois recommandations à la fin de votre témoignage, et je les trouve excellentes.

J'ai une autre question à ce sujet, dans la même veine. Nous devons agir dans le cadre d'un partenariat très étroit avec tous les paliers de gouvernement, les provinces, les collectivités, etc.. Pour venir à la collectivité autochtone elle-même, je me



## [Text]

findings have been in the three or four or five years you have now been in operation on what part the community is playing itself in getting involved and saying, yes, we have a problem here, as we all know; how do we in partnership do our part? How do we take that to the forefront? How do we show the leadership that is required? As I see it, if we can get it in that partnership coming from the community upward, rather than from government levels downwards, it's going to be much more beneficial.

I would like you to address that, if you would.

**Mr. Giasson:** Thank you for asking.

Waseskun House since 1989, even up to this period, has relied on donations and volunteers. All of these donations and volunteers come from many aboriginal communities. Financial donations, as well as furniture—whatever we can use, it has always been donated.

It even addresses the second part of your question, Whereas it is community people who have donated their time in order to help Waseskun House work and become stable, a lot of it again is all from the community-based people. Where there was a problem, community people identified the problem, that there was no resource for aboriginal offenders. Through the effort and dedication of native people—grassroots people, mind you—this is how we came about.

Presently we do have contracts with the federal and provincial corrections departments. I'll add that, no, it doesn't make everything easier. Again, we rely heavily on donations, and we have had that support right from the grassroots.

**Mr. Bork:** I'd like to add to that. I think one of the things Waseskun House and the board of directors have realized is the importance of having that partnership with communities.

I would have to say also that one of the things that is very obvious—and this is a personal opinion—is that many of our communities are used to having the top-down approach, and it's very hard to adjust to the bottom-up approach, especially when it comes to finances. This is something we are concerned with, and it's one of the reasons why Waseskun House has responded with the idea of putting a business in the place. As well as the work that is being implemented giving work experience and a salary to the residents of the House, the profits of the business go towards Waseskun House to supplement the incomes that are already there.

Even though Waseskun House wants to expand the number of federal and provincial contracts, there has to be additional income coming from somewhere. That's one of the responses we've tried to put into place.

## [Translation]

demande ce que vous avez constaté depuis les trois, quatre ou cinq années de votre existence quand au rôle que la collectivité joue elle-même pour entrer dans l'action et le faire, quand elle a mis le doigt sur un problème, dans un esprit de partenariat? Comment amène-t-on cette action au premier plan? Comment fait-on preuve du leadership nécessaire? À mon point de vue, si ce partenariat s'établit à partir de la collectivité vers le haut plutôt que des divers paliers de gouvernement vers le bas, nous en retirerons de bien meilleurs bienfaits.

J'attends votre réponse à cette question.

**M. Giasson:** Je vous remercie de l'avoir posée.

Depuis 1989 et jusqu'à maintenant, la maison Waseskun a vécu de dons et d'œuvres bénévoles. Tous ces dons et bénévoles proviennent d'un grand nombre de collectivités autochtones. L'argent, le mobilier, tout ce que nous utilisons, nous est toujours venu sous forme de dons.

Mais cela répond même à la deuxième partie de votre question. Alors que les gens de la collectivité ont donné de leur temps pour aider la maison Waseskun à fonctionner et à se stabiliser, une bonne partie de tout cela, je le répète, provient de la population locale. Lorsqu'un problème se posait, les gens de la localité se sont rendus compte qu'il n'existait aucune ressource pour les délinquants autochtones. C'est grâce aux efforts et au dévouement des autochtones—des gens du terroir, ne l'oubliez pas—que nous nous sommes organisés.

À l'heure actuelle, nous avons conclu des contrats avec les services correctionnels fédéraux et provinciaux. Je tiens à ajouter par ailleurs que cela n'améliore pas vraiment notre situation. Nous avons toujours autant besoin de dons, et nous avons toujours l'appui des gens du terroir.

**M. Bork:** Je vais ajouter une précision. Je pense que l'une des choses que la maison Waseskun et son conseil d'administration ont comprises, c'est l'importance d'un bon partenariat avec les collectivités.

Je dois dire également que l'une des choses très évidentes—du moins de mon point de vue personnel—est qu'un grand nombre de nos collectivités sont habituées à recevoir l'aide d'en haut et qu'il leur est très difficile de s'habituer à prendre l'initiative du bas vers le haut, surtout en matière de finances. C'est une question qui nous préoccupe et l'une des raisons pour laquelle la maison Waseskun a eu l'idée de monter une entreprise. Tout en étant un moyen de donner une expérience de travail et un salaire aux pensionnaires de la Maison, l'entreprise lui rapporte des bénéfices qui complètent les autres sources de revenus.

Même si la maison Waseskun veut augmenter le nombre de ses contrats avec les services fédéraux et provinciaux, il lui faut d'autres ressources. C'est l'une des initiatives que nous avons essayé de lancer.

## [Texte]

In terms of the new idea we're trying to research—the healing centre—what we are looking to do there in the research and development period is to go and talk to the communities and come up with some type of viable financial structure similar to a business plan, where communities do participate and use the centre and contribute financially to it.

One of the reticences that is and has come to the attention of Waseskun House is that it's hard to get the bottom-up approach. It's hard to have communities say we have to pay for this service; we have to contribute towards this healing process by giving a certain amount of money towards this service. As we move more and more into self-government, I think that is something we'll have to work on.

But for the moment, I think we're working on it with a small, somewhat micro-approach, with the idea of the business and researching and developing the health centre so they feel there's a partnership there where they can come in and use the healing centre, but also that they contribute financially to it, and that they do support it and see the need for it. That research and development work is yet to be done.

**Ms Fry:** Thank you very much for your presentation. It was extremely interesting.

I want to ask you a completely different question. Mr. Bork, you just talked about getting back into self-government and self-determination. Where do you see, then, the role of the federal government in helping to improve the mental health of aboriginal people? Where do you see us evolving our role? How do you see us moving forward?

**Mr. Bork:** Again, I don't speak on behalf of the board of directors. This is a personal observation from my studies and work with Waseskun and Concordia University in Montreal.

## [Traduction]

Au sujet de la nouvelle idée que nous essayons d'approfondir—le centre de guérison—nous envisageons, au cours de la période de recherche et de mise au point, de discuter avec les collectivités afin d'élaborer une structure financière viable semblable à un plan d'entreprise et selon laquelle les collectivités participeraient au fonctionnement du centre, s'en serviraient et le soutiendraient financièrement.

L'une des réticences dont la maison Waseskun a pris conscience est qu'il est difficile d'obtenir une démarche partant du bas vers le haut. Il est difficile d'amener les collectivités à reconnaître qu'elles doivent payer ce service, et qu'elles doivent participer au processus de guérison en fournissant un peu d'argent pour le maintien de ces services. Au fur et à mesure que nous nous rapprochons du gouvernement autonome, c'est une attitude que nous devons sans doute améliorer.

Mais pour le moment je pense que nous y travaillons sur une toute petite échelle, avec l'idée de l'entreprise et de la recherche pour l'établissement du centre de santé afin que les collectivités ressentent qu'il existe un partenariat leur permettant de venir utiliser le centre de guérison, mais aussi d'y participer financièrement et de le soutenir parce qu'elles en constatent le besoin. Ce travail de recherche et de mise au point reste à faire.

**Mme Fry:** Merci beaucoup de votre témoignage. Je l'ai trouvé très intéressant.

Je vais vous poser une question d'un tout autre ordre. Vous venez de parler, monsieur Bork, de revenir au gouvernement autonome et à l'autodétermination. Quel serait alors, à votre point de vue, le rôle du gouvernement fédéral pour l'amélioration de la santé mentale des autochtones? Comment, selon vous, notre rôle devrait-il évoluer? Quels progrès pourrions-nous faire?

**M. Bork:** Disons que je ne parle pas au nom du conseil d'administration. Je ne vous fais part que de mes observations personnelles provenant de mes études et de mon travail avec la maison Waseskun et l'Université Concordia de Montréal.

• 1040

My personal remark about that is that the federal government has a role to be an attentive observer and nothing more. At Waseskun we stress that the community-based approach and the idea of empowerment are most important. The solutions to problems must be generated at the base.

Since there are no new funds, the concentration of existing funds should be allocated toward community-based approaches where members of the community are involved in examining, elaborating and delivering solutions within their own communities. I think that's important, first and foremost.

The idea of intervention and creating a policy from the top down is not desirable. Many of our communities are becoming more and more educated and taking on the administration of their services. They're becoming more informed within the different areas, not only in mental health but within the political-economic development area as well. The responses must be generated from the communities, and the federal government must respond to them by allocating resources that respect those approaches and initiatives.

Mon avis à moi est que le gouvernement fédéral a un rôle d'observateur attentif et rien de plus. À Waseskun, nous insistons pour faire comprendre que la démarche fondée sur la collectivité et la notion d'habilitation sont de la plus haute importance. La solution des problèmes doit provenir du terroir.

Étant donné qu'il n'y a pas d'argent neuf, il faut concentrer les fonds existants sur des démarches d'origine communautaire selon lesquelles les membres de la collectivité participent à l'examen, à l'élaboration et à l'exécution des solutions dans leur propre localité. Je pense que c'est essentiel et de la plus haute importance.

Il n'est pas souhaitable d'intervenir et de constituer une politique du haut vers le bas. Beaucoup de nos collectivités sont de mieux en mieux instruites et se chargent de la gestion de leurs services. Elles sont de mieux en mieux renseignées dans divers secteurs, non seulement en matière de santé mentale, mais tout autant en matière de développement politico-économique. Les réponses doivent être conçues au sein des collectivités et le gouvernement fédéral doit réagir en affectant des ressources à l'avenant de ces méthodes et initiatives.



## [Text]

**Ms Fry:** There is another important part to allocating resources from any governmental level, and that is outcome evaluation to assess whether or not those resources are being applied appropriately or used in a way that is accountable. How do you see that being built in?

**Mr. Bork:** That is a tough one. Because the communities are generating at this time, they haven't reached the process of evaluating. I think it is important to look at some type of training when it comes to mental health, and the federal government does have the resources.

The government should look at developing training with the communities and tell them it's not only important they elaborate the solutions, but they must generate the solutions. They must work on the area of evaluating. The government should assist communities in putting the programs together and really evaluate their development, particularly in mental health and health issues.

A program should be elaborated that touches on evaluation that communities can access. They should work with a community-based approach, so the community members, not only those who are in the administrative and management positions, can be implicated in that evaluation process as well. That would be my suggestion.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Thank you.

Monsieur Bork, monsieur Giasson, merci pour votre participation à ce Comité. Votre témoignage a été extrêmement intéressant et vous pouvez être sûrs que nous tiendrons compte de vos recommandations.

**Mr. Bork:** On behalf of the residents of Waseskun House and Jimmy Nigruatuak, we would like to present the committee with a small token of our appreciation—a carving he has done for the committee.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Thank you very much.

• 1044

## [Translation]

**Mme Fry:** Quand un gouvernement, quel que soit son palier, affecte des ressources, il est aussi très important qu'une évaluation permette de déterminer si ces ressources sont utilisées correctement et d'une façon dont on peut rendre compte. Comment, selon vous, pourrait-on faire entrer ce facteur dans le tableau?

**M. Bork:** C'est difficile à dire. Les collectivités en sont encore à concevoir des initiatives et n'ont pas atteint l'étape de l'évaluation. Je pense qu'il est important d'envisager une sorte quelconque de formation en matière de santé mentale, et le gouvernement fédéral a les ressources nécessaires à cette fin.

Le gouvernement devrait s'attacher à développer la formation de concert avec les collectivités et leur dire que s'il est important de concevoir des solutions, elles doivent aussi en assurer l'application. Elles doivent se préoccuper d'évaluation. Le gouvernement devrait aider les collectivités à organiser les programmes et à en évaluer véritablement les progrès, surtout en matière de santé mentale et de santé en général.

Il faudrait concevoir un programme qui mettrait la notion d'évaluation à la portée des collectivités. Cela doit se faire selon une démarche d'initiative locale afin que les membres de la collectivité, et non seulement ceux qui occupent des postes d'administration et de gestion, puissent eux aussi participer à ce processus d'évaluation. Telle serait ma proposition.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Merci.

Mr. Bork, Mr. Giasson, thank you for participating in the work of this committee. Your testimony was most interesting and you can rest assured that your recommendations will receive our full consideration.

**M. Bork:** Au nom des pensions de la maison Waseskun et de Jimmy Nigruatuak, nous aimerions offrir au comité un petit témoignage de notre estime—une sculpture exécutée à l'intention du comité.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Merci beaucoup.

• 1052

**La vice-présidente (Mme Picard):** Nous accueillons maintenant l'Association des médecins autochtones du Canada. Docteur Tookenay, j'aimerais que vous vous présentiez et que vous nous présentiez vos collègues.

**Dr. Vince Tookenay (President, Native Physicians' Association of Canada):** Good morning. Thank you very much for the invitation.

This morning I would like to take the time to introduce you to the Native Physicians' Association and some of the concerns the association has. To present the clinical aspects, I would like to introduce Dr. Tom Dignan and Dr. Arthur Blue.

My portion of the presentation will deal with the Native Physicians' Association. I will give some background information on the Native Physicians' Association as an organization, some of its activities, and our areas of concern.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** We now welcome the Native Physicians Association of Canada. Dr. Tookenay, please introduce yourself and your colleagues.

**M. Vince Tookenay (président, Association des médecins autochtones du Canada):** Bonjour. Merci beaucoup de votre invitation.

Je vais ce matin vous faire connaître l'Association des médecins du Canada et vous faire part de certaines de ses préoccupations. Je vous présente le Dr Tom Dignan et le Dr Arthur Blue qui traiteront des aspects cliniques de la question.

Je vais d'abord vous parler de l'Association des médecins autochtones. Je vais vous expliquer un peu en quoi elle consiste, certaines de ses activités, et les questions qui nous préoccupent.



## [Texte]

Dr. Dignan, as I mentioned, will speak of his own experience and concerns in factors relating to mental health. Dr. Blue will make a similar presentation on his experience and will especially target the assessment of major problems based on patient encounters.

## [Traduction]

Quant au Dr Dignan, il vous parlera de sa propre expérience et de ses préoccupations à l'égard des questions de santé mentale. De son côté, le Dr Blue vous parlera de son expérience et fera en particulier une évaluation des grands problèmes reliés à ses entretiens avec les patients.

• 1055

The Native Physicians' Association, by way of history, is a very young organization. It is now into its third year. In 1990 and 1991 two individual groups of physicians got together, one in Ontario and one in Manitoba. The Native Physicians' Association began when the two were able to get together through organizational meetings at McMaster University and the University of Alberta.

L'Association des médecins autochtones du Canada est historiquement très jeune. Elle en est à sa troisième année. En 1990 et en 1991, deux groupes de médecins se sont concertés, un groupe de l'Ontario et un du Manitoba. L'Association des médecins autochtones a vu le jour lorsque les deux groupes se sont mis d'accord à l'occasion de pourparlers d'organisation à l'Université McMaster et à l'Université de l'Alberta.

We have had annual meetings since then. We were incorporated in 1991, and our membership is now formalized. We have articles of incorporation and by-laws, therefore we are a formal organization.

Nous avons eu une assemblée chaque année depuis. Nous nous sommes constitués en association en 1991 et nos membres sont maintenant dûment inscrits. Nous avons des statuts constitutifs et un règlement, ce qui fait de nous une organisation officielle.

The mission statement of the Native Physicians' Association is presented here, and I won't go into the details. Essentially, the key point is the middle statement, which says that the organization's principal resource is the members themselves. In that sense, we are our own organization.

Vous avez ici l'énoncé de mission de notre association, et je n'entrerai pas dans les détails. Le point essentiel est l'énoncé du milieu qui déclare que la principale ressource de l'Association est constituée par ses membres eux-mêmes. Nous sommes donc, en ce sens, notre propre organisation.

There are seven objectives of the association, and I would like to highlight just a few. The first objective is to provide native physicians with a national-level forum for the exchange of information of mutual interest and concern. That means it brings native physicians together to discuss common issues in a friendly, non-threatening environment. We are all practitioners in a cross-cultural setting. It's the reverse of what is normally thought of as the cross-cultural setting. In effect, we are providing a mutual resource or mutual self-supporting network, and that is the primary focus of this organization.

Notre association a sept objectifs, mais je n'en citerai que quelques-uns. Le premier consiste à mettre à la disposition des médecins autochtones un forum d'envergure nationale pour l'échange de renseignements d'intérêt mutuel. Cela permet aux médecins autochtones de se réunir pour discuter de préoccupations communes dans un cadre amical et non menaçant. Nous sommes tous des praticiens oeuvrant dans un cadre transculturel. C'est l'inverse de ce qu'on imagine habituellement comme un cadre transculturel. En réalité, nous offrons une ressource mutuelle ou un réseau de soutien mutuel autonome, ce qui est la première raison d'être de notre organisation.

The second objective is to represent and promote the interests of member physicians to government, the private sector, the academic community, and the general public. In effect, we do have concerns about health, and for today one of those areas of concern is mental health.

Le second objectif consiste à représenter et à promouvoir les intérêts de nos membres auprès du gouvernement, du secteur privé, du milieu universitaire et du public. En fait, nous nous préoccupons des questions de santé, et l'une d'elles, aujourd'hui, est la santé mentale.

We also act as an advocate to improve the health status and promote and support native entry into medical schools and health science centres. We encourage, promote and support the collaboration and cooperation among agencies, organizations and governments concerned with native health. We facilitate through conferences, etc., to carry out the tasks.

Nous agissons par ailleurs comme promoteurs de l'amélioration de la santé publique et de l'entrée des Autochtones dans les écoles de médecine et les centres de sciences médicales. Nous encourageons et facilitons les efforts de collaboration entre les services, organisations et gouvernements qui s'occupent de la santé des Autochtones. Nous facilitons leur travail au moyen de conférences et activités diverses.

The final objective is to undertake all such other lawful acts and things that are incidental and conducive to the foregoing objectives. This means by our own authority we have the mandate to look at all aspects of health in the aboriginal community.

Notre dernier objectif est d'entreprendre toutes les démarches et initiatives légales propres à la réalisation des objectifs déjà cités. Cela signifie que nous avons l'autorité et le mandat de nous intéresser à tous les aspects de la santé de la collectivité autochtone.

The membership of the organization is as follows. We have two categories, which are full voting members and affiliate members. The full voting members include those physicians of Canadian native ancestry or Canadian aboriginal ancestry, of

Notre organisation a deux catégories de membres, ceux qui ont plein droit de vote et les membres affiliés. Les membres de plein droit sont les médecins d'origine autochtone ou aborigène canadienne, dont il existe 51 au Canada et 10 aux États-Unis.

## [Text]

whom there are 51 in Canada and 10 in the United States. We also have 29 Canadian native medical students who are in medical schools in Canada, and there are three medical students in the United States. That brings us to a total of approximately 80-plus as a full voting membership in the organization.

We also have affiliate members, and there are four categories. The first category is native health professionals or organizations involved in native health care. The second category is native health para-professionals or organizations involved in native health care. The third is native organizations or individuals concerned with health care. The fourth is non-native organizations or individuals involved in native health care.

The fourth category really is where we're starting to get a lot of affiliate members, because they represent non-native physicians who have large client groups of aboriginal patients. They are a valuable resource, and I see them as being a very strong ally in the future.

The full voting members are the only ones who can vote for the president and so on and determine the board of directors.

Let me go through a little more of the membership of the organization. These are from our own statistics.

As I mentioned, we have 61 self-identified physicians of Canadian aboriginal ancestry; 49 are currently registered to practise in Canada and the remaining 12 are in the United States, even though they are Canadian born. Of the 49 physicians in Canada, 22 or 45% are females. We are getting very close to parity. In about a year, I believe we will be at parity.

Thirty-four or approximately 70% of our colleagues are family practitioners. All but 3 provide direct services to aboriginal peoples, whether they be on reserve, off reserve or in urban settings.

In addition, there are 32 medical students, 25 attending Canadian schools, and 15 or 66% are female. The other seven students are attending schools in the United States, which is a cause of concern for us because a lot of these students have applied to Canadian schools and have been turned down and as such have gone to the United States to pursue their education. The likelihood of their returning to Canada is remote, although they will return for short periods of time. It is likely that when they're trained in a different country they will stay in that country.

We believe the Canadian schools have to begin to address this issue and take in the students who are in the United States' schools or at least try to facilitate their return. It is too large a loss to lose a potential physician for Canada. It is not only a loss to the aboriginal people but it is also a loss to Canada as a whole. We do have a concern there.

The other specialties involved are as listed. We have five surgeons, four in anaesthesia, two in psychiatry, one in pediatrics, and twelve are currently taking additional training in residency programs in Canadian schools.

## [Translation]

Nous avons également 29 étudiants en médecine d'origine autochtone canadienne qui étudient dans des écoles de médecine du Canada, et 3 étudiants aux États-Unis. Cela représente un total d'au moins 80 membres votant de plein droit dans notre organisation.

Nous avons également des membres affiliés qui se subdivisent en quatre catégories. La première regroupe les professionnels ou organisations autochtones qui s'occupent des soins de santé pour Autochtones. La seconde catégorie regroupe des travailleurs ou organisations paraprofessionnelles s'occupant des soins de santé pour les Autochtones. La troisième catégorie regroupe les organisations ou particuliers autochtones qui s'intéressent aux soins de santé. La quatrième catégorie regroupe les organisations ou particuliers non-autochtones qui s'occupent de soins de santé pour les Autochtones.

C'est dans la quatrième catégorie que nous commençons à avoir un grand nombre de membres affiliés parce qu'elle regroupe des médecins non autochtones qui soignent une importante clientèle de patients autochtones. Ils constituent une ressource précieuse et je les considère comme d'excellents alliés pour l'avenir.

Les membres à part entière sont les seuls qui peuvent élire le président et les membres du conseil d'administration.

Voici quelques détails supplémentaires sur les membres de notre organisation. Ce sont nos propres statistiques.

Je répète que nous avons 61 médecins qui se déclarent eux-mêmes comme de descendance autochtone canadienne; 49 d'entre eux sont actuellement autorisés à pratiquer au Canada et les 12 autres pratiquent aux États-Unis, même s'ils sont nés au Canada. Sur les 49 médecins du Canada, 22, soit 45 p. 100 sont des femmes. Nous sommes très près de l'égalité. Je crois que nous l'aurons atteinte dans environ un an.

Trente-quatre, soit environ 70 p. 100 de nos collègues sont des médecins de famille. Tous, sauf trois, traitent directement des autochtones, que ce soit dans une réserve, en dehors d'une réserve ou en milieu urbain.

Nous avons également 32 étudiants en médecine, 25 dans des écoles canadiennes dont 15, soit 66 p. 100, sont des femmes. Les sept autres étudiants fréquentent des écoles aux États-Unis ce qui nous inquiète car beaucoup d'entre eux voulaient entrer dans des écoles canadiennes mais n'y ayant pas été admis, ils sont allés poursuivre leurs études aux États-Unis. Il est très peu probable qu'ils reviennent s'établir au Canada, même s'ils y font de courts séjours. Il est probable qu'après avoir reçu leur formation dans un autre pays, ils resteront dans cet autre pays.

Nous croyons que les écoles de médecine canadiennes doivent commencer à s'occuper de cette question et à accueillir les étudiants qui fréquentent des écoles américaines ou tout au moins faciliter leur retour. Il est très grave de perdre ainsi un futur médecin pour le Canada. C'est non seulement une perte pour la population autochtone, mais aussi une perte pour l'ensemble du Canada. C'est donc un sujet qui nous préoccupe.

Les autres spécialités sont celles qui figurent sur la liste. Nous avons cinq chirurgiens, quatre anesthésistes, deux psychiatres, un pédiatre, et douze de nos membres suivent actuellement des études complémentaires en résidence dans des écoles canadiennes.



## [Texte]

Based on our strategic plan, we have been active in a number of areas, and these are the five major categories that we have: academic, government relations, research, health promotion, and the international indigenous issues. I won't go into the past history for the sake of time, but we have been active in a number of areas there and they will be reflected in our proposed directions as we get into that.

I will spend some time on our proposed activities, because some of these activities relate to the past activities.

First and foremost is internal organizational stability. That's an organizational problem, but because we are a young organization just evolving, one of the major problems we encounter at the present time is organizational stability. Without organizational stability, our contribution to facilitate the communication between the profession and the aboriginal community is very limited and very sporadic.

We need to secure a proper funding base and develop a secretariat. We also need to develop a communications strategy, maintaining the mutual support network. We also need a public relations strategy once the internal organizational stability is taken care of. That is an internal matter and not necessarily one related to the activities here.

On the academic educational side, we promote and support initiatives to increase the numbers of aboriginal students into health sciences and medicine. I alluded to that earlier.

On the academic educational side, we provide information and recruitment videos where we can and also participate in health career fairs. We do have a project on our upcoming year. We will be developing videos for the purpose of health fairs and recruiting purposes. The video will have two medical students and two physicians and a message from the organization.

We will be using that, asking the students to outline what they would like to get out of medicine, what they anticipate the benefits of medicine will be, why they actually are in there as well as identifying where they're from. Most of them are from poor families, from reserve communities and so on. In that sense they will serve as models.

The physicians will also make their comments and expand one step beyond—whether the profession met their expectation and how that can be translated into recruiting more students into health sciences and medicine.

We are continuing to work with the Canadian Medical Association on the national bursary program of the CMA. The CMA three years ago brought forward, with the affiliation and cooperation of the Native Physicians' Association, a \$100,000 scholarship for medical students, a bursary program for medical students over a four-year period.

## [Traduction]

Conformément à notre plan stratégique, nous avons déployé notre activité dans un certain nombre de secteurs relevant de nos cinq grandes catégories: le milieu universitaire, les relations avec le gouvernement, la recherche, la promotion de la santé et les affaires indigènes internationales. Je n'ai pas le temps de parler du passé, mais c'est un secteur où nous avons pris un certain nombre d'initiatives dont il sera question dans les orientations que nous nous proposons de prendre.

Je vais maintenant vous parler des activités que nous nous proposons d'entreprendre car certaines d'entre elles sont reliées à nos activités passées.

En tout premier lieu, nous voulons assurer la stabilité de notre organisation interne. Ce n'est qu'un problème d'organisation, mais comme notre association est encore jeune et en pleine évolution, l'un des grands problèmes qui nous confrontent à l'heure actuelle est celui de la stabilité de l'organisation. Sans une telle stabilité, nous ne pouvons intervenir pour faciliter la communication entre la profession et la collectivité autochtone que de façon très limitée et très sporadique.

Nous devons nous doter d'une base de financement appropriée et constituer un secrétariat. Nous devons également élaborer une stratégie des communications pour maintenir notre réseau de soutien mutuel. Nous aurons également besoin d'une stratégie de relations publiques une fois que nous aurons réglé la question de stabilité organisationnelle interne. Il s'agit bien d'une affaire interne qui n'est pas nécessairement reliée aux activités mentionnées ici.

## • 1105

Du côté de l'enseignement universitaire, nous encourageons et soutenons les initiatives visant à augmenter le nombre d'étudiants autochtones dans les sciences de la santé et en médecine. J'y ai fait allusion plus tôt.

À ce sujet, donc, nous donnons des renseignements et fournissons des cassettes vidéo sur le recrutement partout où nous le pouvons et nous participons aux expositions de promotion des carrières de la santé. Nous avons notre propre projet pour l'année à venir. Nous allons réaliser des cassettes vidéos pour les expositions relatives à la santé et pour fins de recrutement. Elles seront animées par deux étudiants en médecine et deux médecins et comporteront un message de notre organisation.

Dans ces cassettes, nous demanderons aux étudiants d'expliquer ce qu'ils espèrent retirer de la médecine, les avantages qu'ils prévoient recevoir de cette profession, pourquoi vraiment ils s'y sont engagés et leurs origines personnelles. La plupart d'entre eux proviennent de familles pauvres, de collectivités vivant en réserves et ainsi de suite. Ils joueront donc ainsi le rôle de modèles à suivre.

Les médecins parleront également et feront un pas de plus en disant si la profession a répondu à leurs attentes et comment cela peut se traduire en recrutement d'un plus grand nombre d'étudiants en sciences de la santé et en médecine.

Nous continuons à travailler avec l'Association médicale canadienne à l'élaboration de son programme national de bourses. Il y a trois ans, l'AMC a créé, avec l'assentiment et la collaboration de l'Association des médecins autochtones, un programme de bourses d'études de 100 000\$ mettant des bourses de quatre ans à la disposition des étudiants en médecine.



## [Text]

What this provides is \$25,000 a year, with a maximum of \$4,000 per student. It's an excellent program and one that provides back-up support for medical students at a time when their funds are running out toward the end of the calendar and keeps their mind on the exams as opposed to worrying about future funding sources.

We will this year as well initiate development to the Native Physicians' Association in Canada to augment the CMA funds, specifically for financial assistance to aboriginal medical students. We will continue to sensitize medical students and faculties of medicine regarding aboriginal health issues and health status of aboriginal peoples.

Currently a number of physicians do go back to their universities and provide a two-or three-hour lecture to incoming classes, or to up to second-year classes in medicine. Individuals who are in the medical school actually become sensitized to aboriginal health issues and know something about the multiculturalism as well as some appreciation of the changes in attitude from cross-cultural differences that exist between the provider, usually a non-aboriginal, and the patient, who is aboriginal.

We continue to do that. I present these lectures at the University of Ottawa and at McMaster and with other colleagues at Manitoba and the University of Alberta in Calgary. I believe B.C. also is starting that.

In the area of government relations, we continue to develop the first nations community mental health workers program. This is a new initiative, a task we took on last year. We were asked by Health Canada to look into the possibility of developing a first nations community mental health worker training program and we will continue to do that. We will maintain liaison and direct participation with other federal health projects as well. Those are ongoing.

In the area of research, after participation we are actively involved in the national longitudinal health surveys by Statistics Canada and Health Canada and we will continue to participate in those and try to facilitate what we can, either through information or direct participation in bringing more communities on board in those surveys.

We will continue to work with NHRDP on the aboriginal diabetes program, and we now are in the process in that program. . . we have gone beyond determining which projects are relevant. We are involved in assessing the research priority and actually assessing the proposals for the research component as well as the relevance and, in addition, the significance it has for particular communities.

We will continue to work with the Canadian Medical Association on the CMA's aboriginal women's health project, which has a very large mental health component dealing with aboriginal women.

## [Translation]

Cela donne 25 000\$ par an, avec un maximum de 4 000\$ par étudiant. C'est un excellent programme qui apporte un soutien aux étudiants en médecine lorsque leurs économies s'épuisent vers la fin du calendrier académique et les aide à se concentrer sur leurs examens au lieu de s'inquiéter de leurs futures sources de financement.

Nous allons commencer cette année l'aménagement d'une fondation de l'Association des médecins autochtones pour compléter les fonds de l'AMC, afin précisément d'offrir une assistance financière aux étudiants en médecine autochtones. Nous continuerons à aider les étudiants en médecine et les facultés de médecine à mieux comprendre les questions de santé des Amérindiens et l'état de la santé des peuples autochtones.

À l'heure actuelle, un certain nombre de médecins retournent dans leurs universités d'origine pour donner une conférence de deux ou trois heures aux nouveaux étudiants et même aux étudiants en médecine de 2<sup>e</sup> année. Les étudiants des écoles de médecine prennent ainsi conscience des problèmes de santé des Autochtones, sont mieux informés du multiculturalisme et découvrent les changements d'attitude découlant des différences transculturelles qui existent entre celui qui donne le service, habituellement un non-autochtone, et le patient qui, lui, est autochtone.

C'est une activité que nous continuons. Je donne ces conférences à l'Université d'Ottawa et à l'Université McMaster et je le fais avec d'autres collègues à l'Université du Manitoba et à l'Université de l'Alberta à Calgary. Je pense que cela démarre aussi en Colombie-Britannique.

Sur le plan des relations avec le gouvernement, nous poursuivons le développement du programme de formation des agents de santé mentale pour la collectivité des Premières nations. Cette initiative n'est pas nouvelle, nous l'avons lancée l'année dernière. Santé Canada nous a demandé d'envisager la possibilité de mettre sur pied un programme de formation des agents de santé mentale dans les collectivités des Premières nations, et nous allons continuer à nous en occuper. Nous maintiendrons également la liaison et une participation directe avec d'autres projets de santé du gouvernement fédéral. Toutes ces activités sont en marche.

Dans le domaine de la recherche, nous avons participé et travaillons maintenant activement à la réalisation des enquêtes longitudinales nationales sur la santé menées par Statistique Canada et Santé Canada, et nous continuerons à y participer et les faciliter dans la mesure de nos moyens, soit en donnant des renseignements ou en participant directement à faire intervenir un plus grand nombre de collectivités dans la réalisation de ces enquêtes.

Nous continuerons à travailler avec le PNRDS à la mise en place du programme sur le diabète des Autochtones, et ce programme est maintenant lancé. . . Nous avons passé l'étape de la définition des projets pertinents. Nous nous occupons de la définition des priorités de recherche et de l'évaluation des propositions de recherche quant à leur pertinence et importance pour les collectivités intéressées.

Nous continuerons à travailler avec l'association médicale canadienne à la réalisation de son projet relatif à la santé des femmes autochtones, qui comporte un très important volet de santé mentale chez elles.

## [Texte]

We're exploring areas of how traditional medicine, which is ill-defined at the present time, can become part of the medical team, including western-trained professionals. That's a project that may take a fair amount of time to sort out and integrate into the whole thing.

In terms of health promotion, because we are a private organization, non-federally funded, a lot of our projects deal with private sector funding. One of those private sector fundings is the Caring Together project that the native physicians have. If you've been to aboriginal areas, you might well have seen the Caring Together posters. These are posters and display kits for physicians' offices that recommend that no alcohol be consumed during pregnancy. This project, Caring Together, is funded by the Brewers' Association of Canada, and we will continue to work in those areas where funding becomes available from the private sector.

We are involved in just about every national professional organization that has a subcommittee on indigenous or aboriginal health. We do have members involved in this, the Canadian Public Health Association, the Canadian Paediatrics Society and so on. We will continue to maintain that. We are looking forward to developing an aboriginal tobacco reduction strategy and a subsequent program. We will submit a proposal to Health Canada to be part of the tobacco reduction strategy.

A similar process is being considered for alcohol drug and solvent abuse. We were very much concerned with the reaction time we had for this. We received the call for submissions, for proposals basically. We had nine days of reacting time. Given the organization the way it is, we have no staff. We have one secretary, who's on a contract, and all of the organization is spread across the country, including the executive. Everyone is a volunteer.

In nine days we do not have the capacity either as a secretariat or to get the executive together. The executive was very distressed on this and really just said thumbs down. Hopefully we can put something together, but the timing of these federal funds, the availability of federal funds, is very crucial. They have to give national organizations time to prepare solid proposals and not just react to a situation to access money.

An area we are currently exploring as well is a way that we can address some of the issues that are coming from the communities to the Native Physicians' Association. We have been getting calls from some communities to help address the suicide crisis in some of the communities. Again, because we do not have a secretariat and we're not able to deal with these directly, our approach to helping these communities has been to provide the name of a physician who is willing to spend a week or two of their time at the community to help augment the resources that are already there, basically to help in the crisis at the time.

## [Traduction]

Nous examinons les façons dont la médecine traditionnelle, qui n'est pas encore bien définie à l'heure actuelle, peut trouver place auprès de l'équipe médicale qui comprend des professionnels formés en médecine occidentale. C'est un projet qui pourrait prendre du temps à se dégager et à trouver sa place dans l'ensemble de la situation.

En ce qui concerne la promotion de la santé, un grand nombre de nos projets portent sur le financement du secteur privé car nous sommes une organisation privée sans financement d'origine fédérale. L'un de ces programmes de financement du secteur privé est le projet «Caring Together» monté par les médecins autochtones. Si vous êtes allés dans les territoires autochtones, vous aurez peut-être vu les affiches de Caring Together. Ce sont des affiches et des troupes d'exposition pour les bureaux de médecins qui recommandent de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse. Le projet «Caring Together» est financé par l'Association des brasseries canadiennes et nous continuerons à travailler dans les secteurs où nous pouvons obtenir du financement du secteur privé.

Nous intervenons dans la quasi-totalité des organisations professionnelles nationales qui disposent d'un sous-comité sur la santé indigène ou autochtone. Nous avons des membres qui s'en occupent, l'Association canadienne de santé publique, l'Association canadienne de pédiatrie, etc. Nous poursuivrons cette activité. Nous avons la ferme intention d'élaborer une stratégie de réduction du tabagisme chez les Autochtones et de créer un programme subséquent. Nous soumettrons une proposition à Santé Canada comme élément de sa stratégie de réduction du tabagisme.

Nous songeons à une démarche analogue pour l'abus de l'alcool, des drogues et des solvants. Nous n'avons pas tellement eu le temps de réaction voulu à ce propos. Nous avons reçu l'appel de proposition, mais nous n'avons eu que 9 jours pour y réagir. Or, dans l'état actuel de notre organisation, nous n'avons pas de personnel permanent. Nous avons une secrétaire, engagée à contrat, et toute l'organisation est dispersée aux quatre coins du pays, y compris son bureau de direction. Nous sommes tous des bénévoles.

En 9 jours, il nous est impossible de constituer un secrétariat ou de réunir le bureau de direction. Malgré la très grande peine que cela nous a fait, nous avons dû décliner. Nous espérons pouvoir produire quelque chose, mais le délai de mise à disposition des fonds fédéraux est très crucial. Il faudrait donner aux organisations nationales le temps de préparer des propositions fermes et non pas les contraindre à réagir n'importe comment juste pour obtenir de l'argent.

Nous recherchons également en ce moment la façon dont nous pouvons nous occuper des questions adressées par les collectivités à l'Association des médecins autochtones. Nous avons reçu des appels de certaines collectivités qui avaient besoin d'aide pour s'occuper de la crise de suicides. Là encore, faute de secrétariat, nous ne pouvons pas intervenir directement; nous n'avons pu que leur donner le nom d'un médecin qui est disposé à passer une semaine ou deux dans la collectivité pour les aider à accroître les ressources qui existent déjà sur place, essentiellement pour s'occuper ponctuellement de la crise en question.



[Text]

[Translation]

• 1115

**La vice-présidente (Mme Picard):** Je suis désolée, docteur Tookenay. Je vous demanderais de conclure rapidement votre partie pour donner à vos collègues suffisamment de temps pour faire leur exposé et pour qu'on puisse avoir le plaisir de vous poser des questions.

**Dr. Tookenay:** On the international side, we'll continue to work with IDRC and several other international groups to maintain international communications.

The areas of concern the native physicians have really are various abuses—the emotional abuse, both individual and community; physical abuse, which includes family violence and other issues, sexual abuse, child abuse, and so on. We have a strong concern in the area of suicides, especially the aboriginal community mental health training program. We hope to be able to address that. We're also proposing what I just mentioned about the crisis response teams. In the area of addictions, tobacco, alcohol and drugs, we are currently involved in those three items, the caring together project, the alcohol, drug and solvent reduction strategy, and the tobacco reduction strategy.

There's also a need for an aboriginal mental health worker training program, and that is one we are already involved in. Hopefully, we'll be able to go into the second phase of that project early in the coming fiscal year.

We're addressing a lot of these problems by individual memberships. The organization feels one of its prime purposes is to facilitate the linkage between the profession and the community, and we do have a resource for that.

That will end my portion of it. I would at this time ask that you put up the first slide.

To call your attention to the organization, it is a private—that is, non-government funded—organization. We are not political. Our interest is in aboriginal health. We are an aboriginal health professional organization, and all of the physicians in the organization are volunteers. I believe there's a strong future for this organization in aboriginal health.

Thank you very much. I'd now like to introduce Dr. Tom Dignan.

**Dr. Thomas Dignan (Native Physicians' Association of Canada):** Madam Chairman and members of the committee, thank you for giving me the opportunity to speak with you. I might be a little incoherent as I haven't slept in 36 hours. I do anesthetics and emergency medicine in Bracebridge and was up most of the night, drove from Bracebridge to Toronto and then flew here. So your indulgence is appreciated.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** I am sorry, Dr. Tookenay. I would ask you to conclude your part shortly in order to leave time for your colleagues' presentations and to give us the opportunity to ask you some questions.

**Dr Tookenay:** Dans le domaine international, nous continuerons à travailler avec le CRDI et d'autres groupes internationaux pour maintenir nos communications internationales.

Les préoccupations des médecins autochtones portent en fin de compte sur diverses sortes d'abus—l'abus émotif, sur le plan individuel et collectif; l'abus physique qui comprend la violence familiale et autres questions du même ordre, l'abus sexuel, les mauvais traitements à l'égard des enfants etc. . . Nous sommes très préoccupés par la question des suicides, surtout par rapport au programme de formation des agents de santé mentale dans les collectivités autochtones. Nous espérons pouvoir nous en occuper. Nous proposons également ce que je viens de mentionner au sujet des équipes de réaction face à des crises. Dans les domaines de la dépendance au tabac, à l'alcool et aux drogues, nous intervenons actuellement dans ces trois secteurs par le truchement du projet *Caring Together*, de la stratégie de réduction des alcools, des drogues et des solvants, et de la stratégie de réduction du tabagisme.

Il est également nécessaire d'avoir un programme de formation des agents de santé mentale pour les Autochtones, et nous nous en occupons déjà. Nous espérons sincèrement réussir à entamer la deuxième étape de ce projet dès le début de la prochaine année financière.

Nous nous occupons d'un grand nombre de ces problèmes sous forme d'intervention de membres individuels. L'organisation estime que l'un de ses premiers objets est de faciliter la liaison entre la profession et la collectivité, et nous avons ce qu'il faut pour cela.

Ceci termine ma partie de notre témoignage. Veuillez s'il vous plaît projeter la première acetate.

Je tiens à attirer votre attention sur le fait que notre organisation est de nature privée, et ne reçoit aucun financement de l'État. Nous n'avons pas de couleur politique. Notre seul intérêt est celui de la santé des Autochtones. Nous sommes une organisation de professionnels de la santé autochtone, et tous les médecins-membres de notre organisation sont des bénévoles. Je crois que notre organisation est appelée à un avenir brillant.

Merci beaucoup. Je vous présente maintenant le docteur Tom Dignan.

**Dr Thomas Dignan (Association des médecins autochtones du Canada):** Madame la présidente et distingués membres du Comité, je vous remercie de cette occasion de vous adresser la parole. Mes propos seront peut-être incohérents car je n'ai pas dormi depuis 36 heures. Je suis anesthésiste et je pratique la médecine d'urgence à Bracebridge. Après avoir travaillé presque toute la nuit, je me suis rendu en voiture de Bracebridge à Toronto et puis j'ai pris l'avion jusqu'ici. Je sollicite donc votre indulgence.



## [Texte]

I am one of the volunteers who goes into the north when I can, to various and sundry communities at the request of those communities, or most recently at the request of NAN, which is Nishnawbe-Aski Nation, which represents 14 separate communities out of Thunder Bay. I spent time in the Bruce Peninsula dealing with the problems Dr. Tookenay mentioned—sexual abuse, suicides, and drug abuse.

To understand this horrendous mental health problem, you must have a history of what has happened. A number of years ago the state, in conjunction with various churches, decided it would have residential schools in this country and set out a program, which was government-funded and church-funded, to educate young native children. Over a period of forty years, what it succeeded in doing was taking the nurturing skills away from several generations of future parents.

We are now reaping the benefit of that program, which was sponsored by the government and the various churches. We now have dysfunctional communities. We have dysfunctional children, because they have dysfunctional parents.

Part of whatever needs to be done needs to be focused on the community level at the parenting level. We can spend millions of dollars taking children out of the community and sending them to counselling and rehabilitation centres, solvent abuse centres, and alcohol abuse centres, and then send them back into the community. I would say the recidivism rate is probably 80%. It doesn't help anything. It's just like pouring money down an empty hole.

Everyone seems to pat themselves on the back at the bureaucratic level, saying what a wonderful job they're doing. All you have to do is spend two weeks in one of the northern native communities and you know exactly what kind of a job is being done.

I might give you a little background on myself. I'm a Mohawk by tradition, a half-breed by birth, a Seneca by Bill C-130. But what you see is what you get.

I really don't have much else to say, other than that I really do believe the suicide issue needs to be addressed. The NAN communities, for example, have had 38 suicides in the last 3 years. The suicide male-to-female ratio is usually 3 or 4 to 1. In the NAN native communities it's 50-50. Women have equality there, primarily from much of the physical abuse and sexual abuse they have suffered in the past, and are currently suffering, from dysfunctional parenting.

I would like to leave it there and turn things over to Dr. Blue, who can add more information to what I've given you.

**Dr. Arthur Blue (Native Physicians' Association of Canada):** Thank you. I am a clinical psychologist and by training a psychoanalyst. I am going to run through my material here. I have given you all packages that deal in much more detail with what I want to say. I have shortened it so I touch just some of the highlights for you.

## [Traduction]

Je suis l'un des ces bénévoles qui se rendent dans le Nord quand ils en ont la possibilité pour rendre visite à diverses collectivités qui en font la demande, plus récemment à la demande de la nation Nishnawbe-Aski, qui représente 14 collectivités distinctes de la région de Thunder Bay. J'ai fait un séjour dans la péninsule de Bruce pour traiter des problèmes dont le docteur Tookenay a parlé—les abus sexuels, les suicides et la toxicomanie.

Pour vous aider à comprendre cet horrible problème de santé mentale, il faut que je vous explique ce qui s'est passé. Il y a quelques années, l'État et quelques églises ont décidé d'ouvrir des écoles résidentielles dans ce pays et d'organiser un programme d'enseignement pour les jeunes autochtones avec l'aide financière du gouvernement et des églises. En quarante ans, ce programme a réussi à faire perdre à plusieurs générations de parents l'art d'élever leurs enfants.

Nous récoltons maintenant les fruits de ce programme, parrainé par le gouvernement et diverses églises. Nous avons maintenant des collectivités incapables de fonctionner. Nous avons des enfants incapables de fonctionner parce qu'ils sont nés de parents eux-mêmes incapables de fonctionner.

Une partie des interventions qui s'imposent doit porter sur les parents au niveau de la collectivité. Même si nous dépensons des millions de dollars pour faire sortir les enfants de la collectivité et les envoyer dans des centres d'orientation et de réadaptation, des centres pour l'abus des solvants, des centres pour l'abus de l'alcool, et les renvoyer par la suite dans leur collectivité, je dirais que le taux de récidive est de l'ordre de 80 p. 100. Cela ne servira à rien. C'est comme jeter de l'argent par les fenêtres.

Les bureaucrates semblent se féliciter du merveilleux travail qu'ils accomplissent. Il suffit de passer deux semaines dans l'une des collectivités autochtones du Nord pour voir exactement les résultats de ce travail.

Je peux vous expliquer un peu qui je suis. Je suis Mohawk par tradition, Métis de naissance et Seneca en vertu de la Loi C-130. C'est à peu près tout ce qu'il y a à dire.

Je n'ai vraiment pas grand chose à ajouter si ce n'est pour dire que je suis convaincu qu'il faut s'occuper du problème des suicides. Les collectivités NAN, par exemple, ont eu 38 suicides au cours des trois dernières années. Il y a habituellement trois ou quatre suicides masculins pour un suicide féminin. Chez les collectivités autochtones NAN, ils sont à égalité. Les femmes se retrouvent à égalité en grande partie à cause des abus physiques et sexuels dont elles ont été victimes et dont elles sont encore victimes de la part de parent déboussolés.

J'aimerais maintenant passer la parole au docteur Blue qui peut encore vous en dire davantage.

**Dr. Arthur Blue (Association des médecins autochtones du Canada):** Merci. Je suis psychologue-clinicien et psychanalyste de formation. Je vais brièvement passer mes notes en revue. Je vous ai donné toute la documentation détaillée sur ce dont je veux vous parler. J'ai raccourci le tout pour ne vous mentionner que les points saillants.

## [Text]

I am what is becoming tremendously important, a rural psychologist. I do see patients on reserves, and have for about twenty years, in the area of Manitoba. I've seen patients in Manitoba, northwest Ontario, eastern Saskatchewan, and I have a number of patients who come to me from North and South Dakota. The majority of my patients are native. I see about half of them in health centres on reserves. The others I see in Winnipeg, Brandon, and at our clinic in Carberry.

I have worked with Indian patients partly because some of the older ones have difficulties with English and find it easier to communicate in Indian. I have worked with care homes. I've seen patients at the major hospitals, although hospitals state that I'm not allowed to be a regular member of their medical staff, although they allow chiropractors, dentists, and opticians.

I often wonder why this system rejects doctors of clinical psychology. It would seem that to incorporate mental health services in the regular health programs would reduce the stigma and increase the professional services available.

I would suggest that the level of service needs to be examined carefully. There are many unprofessional, poorly trained counsellors treating mental health disorders to the detriment of patients. Some professional supervision needs to be in place and I would suggest that it best be accomplished by clinical psychologists, psychiatrists, or physicians. Some order needs to be inserted into the mental health care area.

I have included in your package a breakdown of the aboriginal patients I've seen over the last five years. I will touch on this subject using a couple of slides.

First, what jumps out at us is that the disorders are not generally excessive.

Let me quickly add that we have a crisis in mental health problems. I differentiate between mental health disorders and mental health problems on the basis of the symptoms and their enduring nature and severity. Generally, I would classify DSM-IV-D codes as problems.

We will note that in parent-child problems, physical, emotional, and sexual abuse has become a point of focus. We need to not only treat the individuals but also to work with the community to return it to a functioning support system.

The second major conclusion to be drawn from the data is highlighted by the breakdown between social problems and non-social problems. There are 4.5 times as many social problems. It is true that what I have suggested is a crude breakdown of social to non-social problems. However, when the data of my urban non-native patients are examined, the relationship is approximately one to one. Statistically speaking, there is a real and significant difference.

## [Translation]

J'exerce un métier qui devient terriblement important, celui de psychologue rural. Depuis une vingtaine d'années, je rends visite à des patients dans les réserves, dans la région du Manitoba. J'ai examiné des patients au Manitoba, dans le Nord-ouest de l'Ontario, dans l'est de la Saskatchewan et j'ai un certain nombre de patients qui viennent du Dakota du Nord et du Sud pour me voir. La plupart de mes patients sont des Autochtones. J'en examine environ la moitié dans les dispensaires des réserves. Je m'occupe des autres à Winnipeg, à Brandon et à notre clinique de Carberry.

Si je travaille avec des Indiens, c'est en partie parce que certains parmi les plus âgés connaissent mal l'anglais et préfèrent communiquer en langue indienne. J'ai travaillé auprès de foyers d'accueil. J'ai des patients dans les grands hôpitaux, même si les hôpitaux déclarent que je n'ai pas le droit d'être un membre régulier de leur équipe médicale, alors qu'ils accueillent des chiropraticiens, des dentistes et des opticiens.

Je me demande souvent pourquoi ce système rejette les docteurs en psychologie clinique. Il me semble que l'incorporation des services de santé mentale dans les programmes réguliers de soins de santé réduirait la stigmatisation que cela comporte et augmenterait la gamme des services professionnels disponibles.

J'estime qu'il faut examiner avec le plus grand soin le niveau de qualité des services offerts. De nombreux conseillers non professionnels et insuffisamment formés traitent les désordres mentaux au détriment des patients. Il faut établir une sorte de surveillance professionnelle et j'estime que les mieux placés pour l'exercer sont des psychologues cliniques, des psychiatres ou des médecins. Il faut mettre de l'ordre dans le secteur des soins de santé mentale.

Vous trouverez dans la documentation une ventilation des patients autochtones que j'ai examinés au cours des cinq dernières années. J'ai une ou deux acétates à vous montrer à ce sujet.

Premièrement, ce qui saute aux yeux c'est que les désordres ne sont en général pas excessifs.

Je me hâte toutefois d'ajouter que nous sommes en présence d'une crise de santé mentale. J'établis la différence entre les désordres de santé mentale et les problèmes de santé mentale en fonction des symptômes et de leur persistance et gravité. En général, je classe les codes des DSM-IV-D dans la catégorie des problèmes.

On note que dans le cas des problèmes entre parents et enfants, les abus physiques, émotifs et sexuels sont devenus prédominants. Il est important non seulement de traiter les personnes individuelles mais aussi de travailler avec les collectivités pour y rétablir un système de soutien efficace.

La deuxième grande conclusion à tirer de ces données ressort de la répartition entre les problèmes sociaux et les problèmes non sociaux. Il y a quatre, cinq fois plus de problèmes sociaux. Il est vrai que ce que je représente est une répartition grossière entre les problèmes sociaux et les problèmes non sociaux. Cependant, quand on consulte les données relatives à mes patients urbains non autochtones, la relation est d'environ un pour un. Du point de vue statistique, c'est une différence réelle et significative.



## [Texte]

It is true the aboriginal communities are undergoing great change and that change has a serious effect on the life of the individuals. What we do not have data on is how that change is impacting individuals. We now have a great deal of data indicating that the paternalistic systems that have been in place have created some significant social and emotional problems.

I would suggest as an example that we examine the role of the aboriginal male. Traditionally, he had a major role in the family as the provider. Within that role he was respected and necessary for the survival of the family. The government system that created the reserves stripped him of his place in the family as well as his role in the community. He was relegated to a subservient position. He required permission to leave the reserve to go hunting and to have a job. Because of the system he was denied access to the financial systems of this country. His role diminished until he found himself sitting at home between welfare cheques feeling bored.

Is it surprising that alcohol and binge drinking became a way of self-medication to relieve the misery? The side effects of alcohol have resulted in many of the unwanted social and emotional problems.

Because I believe many of the mental health problems are the result of the clash between two cultures, I have enclosed a paper on the psychological development of the northern native family.

I would like to take a few minutes to discuss the role of the native mother and her relationship to the family. Traditionally, the wife/mother was responsible for the social relations of the family. Her role was to maintain the relationship with her neighbours, relations, and friends, who ensured her and her family's survival in time of need.

The residential schools, designed to change the culture and way of life, took the child at a very early age and placed her in a dependent relationship to the child care workers, who were often religious misfits and recluses from society and whose often brutal and uncaring behaviour was adopted by the children as a defence against the perceived abandonment by their parents.

It is an accepted psychological fact that significant adults in a young child's life become the model; that is, the process of identification is the process of putting on the other, the acquisition of all the behaviour, thoughts and feelings that are presented by the parent or, in this case, the substitute. An understanding of this process is an understanding of the continuity of culture where the way of life is passed from one generation to another.

When we ask if the behaviours, feelings and thoughts can be altered once the identification process has been initiated, the answer is yes, of course, but only with great difficulty, and often only when conscious attention is present. The process of constantly monitoring oneself is fatiguing, and escape in pathological processes results in substance abuse and withdrawal.

## [Traduction]

Il est vrai que les collectivités indigènes subissent des changements considérables qui ont de graves effets sur la vie des individus. Mais nous n'avons pas de données sur la façon dont ce changement touche les individus. Nous avons maintenant de nombreux renseignements qui indiquent que les systèmes paternalistes établis ont créé des problèmes sociaux et émotifs considérables.

Examinons par exemple le rôle de l'homme autochtone. Il avait autrefois le rôle important de pourvoir aux besoins de la famille. Ce rôle lui attirait le respect de la famille car elle avait besoin de lui pour survivre. Le régime des réserves créées par le gouvernement l'a privé de sa place dans la famille ainsi que de son rôle dans la collectivité. Il s'est trouvé relégué dans un rôle subalterne. Il devait demander l'autorisation de quitter la réserve pour aller à la chasse ou prendre un emploi. Le système le prive de tout accès aux dispositifs financiers du pays. Il s'est trouvé réduit à demeurer chez lui à attendre les chèques d'assistance sociale et à s'ennuyer.

Est-il surprenant que l'alcool et les beuveries soient devenus pour lui le moyen de soulager sa misère? Les effets secondaires de l'alcool ont produit un grand nombre de problèmes sociaux et émotifs indésirables.

Je crois qu'un grand nombre des problèmes de santé mentale résultent du choc de deux cultures et c'est pourquoi j'ai ajouté un document sur le développement psychologique de la famille autochtone du Nord.

Je vais maintenant vous parler brièvement du rôle de la mère autochtone et de sa relation avec sa famille. Autrefois, l'épouse et mère assumait la responsabilité des relations sociales de la famille. Elle avait pour rôle de maintenir le contact avec ses voisins, les amis et connaissances qui assuraient sa survie et celle de sa famille en cas de besoin.

Les internats, conçus pour changer la culture et le mode de vie des enfants, les arrachaient à leur famille encore très jeunes et les plaçaient en situation de dépendance par rapport à leurs tuteurs qui étaient souvent des mesadaptés religieux et des reclus de la société dont le comportement brutal et sans compassion était adopté par les enfants comme moyen de compenser l'abandon dans lequel ils pensaient que leurs parents les avaient laissés.

Il est reconnu en psychologie que l'enfant prend pour modèle les adultes qui lui paraissent importants; autrement dit, le processus d'identification consiste à reporter sur l'autre l'acquisition de tout le comportement, les pensées et les sentiments manifestés par le parent ou, dans ce cas-ci, son substitut. La compréhension de ce processus permet de comprendre la continuité d'une culture selon laquelle un mode de vie est transmis de génération en génération.

Si l'on se demande si les comportements, les sentiments et les pensées peuvent être modifiés après le démarrage du processus d'identification, on peut naturellement répondre par l'affirmative mais c'est alors très difficile et cela exige souvent un effort conscient. Il est pénible de se surveiller constamment, et le refuge dans des processus pathologiques aboutit à des abus patents et au repli sur soi.



## [Text]

The problems we see in the first and second generation of the residential school students often reflect this severe Christian philosophy that has handicapped the aboriginal woman and contributed to the destruction of the culture. Thank you.

**Mr. Culbert:** First of all, for Dr. Dignan I have totally about six questions, and I'll try to pose them very quickly because I know we don't have a lot of time, and whoever wishes to respond might. But, Dr. Dignan, I should tell you first of all that I am a Canadian from New Brunswick and extremely proud of it as well.

I also want to tell you, relative to the fact that we can appreciate your work and your sleep problem that you've been having, while most people in the general public wouldn't appreciate it, as members of Parliament we experience that almost on a weekly basis, to be very frank with you. We can really appreciate that.

Getting on to the questions, number one, what is your success to date in encouraging aboriginal community interest in entering the training field for health care professionals?

Secondly, why were those aboriginal students turned down at the medical school level in Canada? I'd be interested in knowing the reason they were turned down.

Thirdly, do aboriginal medical students use or apply for student loans? If so, are there problems areas with that scenario? I haven't heard of any and I do have aboriginal students in my riding. In Atlantic Canada, as you would know, we have mainly two medical schools, Dalhousie and Memorial, and I'm just wondering if you're getting good cooperation and participation from those two medical schools in Atlantic Canada.

Dr. Mike Perley is an aboriginal member and is a well respected physician in my community of Woodstock, New Brunswick. Is he a member of your association? I'm sure he is.

Also, one of the questions I've had posed to me is this—and you can answer it or not, but I believe in giving it up front—are medical practitioner's earnings on reserves completely tax free at the present time?

Finally, what are feelings from your organization towards the traditional medicine, spiritual healing, as it relates to your medicine, the so-called western medicine, and how do the two interwork?

**Dr. Tookenay:** Let me take first crack at all seven questions that you have.

First of all, we are very active in the recruitment of aboriginal students into health sciences. We work directly with the recruitment programs of various universities. We have had a very good success rate at the University of Alberta, where today, I believe, there are 13 students.

The program itself is very self-contained. There's a very aggressive individual there. What we do is provide names to the school and we go and do some background on the individuals and try to support them in whatever way we can.

## [Translation]

Les problèmes que l'on constate parmi la première et la deuxième générations des élèves d'internats sont souvent le reflet de la philosophie chrétienne austère qui a handicapé la femme autochtone et contribué à la destruction de sa culture. Merci.

**M. Culbert:** Premièrement, j'ai un total de six questions à poser au docteur M. Dignan, et j'essaierai de le faire très vite parce qu'il ne nous reste pas beaucoup de temps, et l'un ou l'autre d'entre vous peut y répondre. Mais, docteur Dignan, je dois d'abord vous dire que je suis un Canadien du Nouveau-Brunswick et très fier de l'être.

Je tiens également à vous dire que nous pouvons comprendre la valeur de votre travail et les problèmes de sommeil qu'il vous cause car, même si la plupart des gens ne peuvent pas le comprendre, cela nous arrive, en tant que députés, presque toutes les semaines, pour vous le dire bien franchement. Donc nous vous comprenons parfaitement.

Pour en venir à ma première question, dans quelle mesure avez-vous jusqu'à présent réussi à encourager les collectivités autochtones à participer au domaine de la formation des professionnels des soins de santé?

Deuxièmement, pourquoi les étudiants autochtones dont vous avez parlé n'ont-ils pas été admis aux écoles de médecine du Canada? J'aimerais bien savoir pourquoi on les a rejetés.

Troisièmement, les étudiants en médecine autochtones obtiennent-ils ou demandent-ils des prêts d'études? S'ils le font, cette situation crée-t-elle des problèmes particuliers? Je n'en ai pas entendu parlé, et j'ai pourtant des étudiants autochtones dans ma circonscription. Dans le Canada Atlantique, vous savez probablement que nous avons essentiellement deux écoles de médecine, Dalhousie et Memorial, et je me demande si vous obtenez de leur part un bon niveau de collaboration et de participation.

Le docteur Mike Perley est un député autochtone et un médecin très respecté dans ma ville de Woodstock, au Nouveau-Brunswick. Est-il membre de votre association? Je suis sûr qu'il l'est.

On m'a aussi demandé, entre autre — vous n'êtes pas obligé de me répondre mais je crois que je dois poser la question ouvertement — si les honoraires des médecins dans les réserves sont actuellement exonérés de tout impôt?

Enfin, quels sont les sentiments de votre organisation envers la médecine traditionnelle, la guérison spirituelle, par rapport à votre médecine, celle que l'on qualifie de médecine occidentale, et comment les deux s'influencent-elles mutuellement?

**Dr Tookenay:** Je vais essayer de répondre le premier aux sept questions que vous nous posez.

En premier lieu, nous jouons un rôle très actif dans le recrutement d'étudiants autochtones pour les sciences de la santé. Nous sommes en relation directe avec les programmes de recrutement des diverses universités. Nous avons obtenu de très bons résultats à l'université de l'Alberta où nous avons placé, je crois, 13 étudiants.

Ce programme est administré de façon très autonome. Il y a quelqu'un de très dynamique qui s'en occupe. Notre rôle consiste à fournir des noms à la faculté et nous nous renseignons sur les candidats et essayons de les aider comme nous pouvons.

## [Texte]

Why were the students turned down, subsequently going to the United States? I too would like to know that. I'm not exactly sure why. It would seem the American schools felt these individuals had something valuable, that they could make a contribution. Without saying anything against the Canadian schools. . . they obviously have their own criteria, and the candidates unfortunately did not meet those criteria.

I certainly would appreciate help from this group or from other political resources to try to facilitate more students getting into health sciences and medicine.

About loans, there are a number of categories of aboriginal students. Those who are status native students do have a resource from their own band funds. They have a great deal of difficulty approaching federal funding or private funding for loans. I think the loan levels have been zero. They've been struck out.

The Métis students do not have the status native student resources, so they are in an even worse position. The Métis or non-status student who has no resource is where the CMA bursary program is most helpful.

In addition, there is the Native Physicians' Association bursary program. We try to catch the students who have missed out everywhere else. It's not a set program, but we do try to help the students there.

So it is very difficult for aboriginal students, whether they are in medicine or otherwise, to access loans that are available. There's a preference that once the student has applied and has been rejected, perhaps several times, they would prefer not even to approach that. It's very degrading.

About Atlantic Canada and Dalhousie and Memorial, Dalhousie now has two aboriginal medical students. I don't know if you were aware of that. This is their first year with students who have been self-identified. Memorial has not been involved yet, but I'm sure they will come along in the near future. At least we're hoping for that.

About Dr. Perley, he has just completed two years of serving as the treasurer of the Native Physicians' Association. He is very much involved. He does have a large practice. The time factor for him. . . it's very difficult for him to participate at the national level as much as he would like. But certainly he is a colleague and has been involved in the organization.

About the medical practitioners who practise on reserve, I'm not able to give you the full background on this, but I would suspect those individuals who live on the reserve and practise on a reserve do have the taxation benefits. To what extent, I'm not sure. For those individuals who live off reserve and practise part-time on a reserve, I believe the criteria for taxation are slightly different. I don't think they qualify for any benefits.

## [Traduction]

Pourquoi est-ce que ces étudiants ont été refusés et se sont rendus par la suite aux États-Unis? Moi aussi j'aimerais savoir pourquoi. Je ne sais pas vraiment. Il semble que les facultés américaines ont pensé que ces personnes avaient quelque chose d'intéressant à offrir, et qu'elles pouvaient faire une contribution. Je ne voudrais pas critiquer les facultés canadiennes. . . ils est évident qu'elles appliquent leurs critères et il semble que les candidats n'aient pu malheureusement répondre à ces critères.

Je serais très heureux si votre groupe ou votre organisme politique pouvait nous aider à faciliter l'entrée de ces étudiants dans les sciences de la santé et la médecine.

Pour ce qui est des prêts, il y a diverses catégories d'étudiants autochtones. Les étudiants qui ont le statut d'Indien inscrit peuvent s'adresser à leur bande pour avoir des fonds. Il leur est très difficile d'avoir accès au financement fédéral ou au financement privé pour obtenir des prêts. Je pense qu'ils n'ont jamais obtenu de prêt. Il ont été rayés des listes.

Les étudiants métis n'ont pas accès aux ressources offertes aux étudiants qui ont le statut d'Indien inscrit, leur situation est donc encore pire. Les Métis ou les étudiants autochtones qui ne disposent pas de ressources peuvent avoir accès au programme de bourses de l'AMC.

Il y a aussi le programme de bourses de la Native Physicians' Association. Nous essayons d'aider les étudiants qui n'ont pu obtenir de l'aide ailleurs. Ce n'est pas un programme très élaboré mais nous essayons d'aider les étudiants.

Les étudiants autochtones, qu'ils soient en médecine ou dans d'autres disciplines, ont beaucoup de mal à obtenir des prêts. Il y a aussi le fait que lorsqu'un étudiant a présenté une demande et que celle-ci a été refusée, une fois, deux fois ou plusieurs fois, il arrive un moment où il n'a plus envie d'essayer. Cela est plutôt humiliant.

Pour ce qui est de la région Atlantique, de Dalhousie et de Memorial, je signalerais que Dalhousie a maintenant deux étudiants autochtones en médecine. Je ne sais pas si vous le saviez. C'est la première année où des étudiants réclament leur origine. Memorial ne participe pas encore à ce programme mais je suis sûr que cette faculté le fera bientôt. C'est du moins ce que nous espérons.

Au sujet du Dr Perley, je peux vous dire qu'il vient de quitter le poste de trésorier de la Native Physicians' Association, qu'il a occupé pendant deux ans. Il est très actif. Il a une grosse clientèle. Le facteur temps est pour lui. . . il a beaucoup de mal à participer à nos activités nationales comme il le souhaiterait. Mais c'est bien sûr un de mes collègues et il a été très actif dans cet organisme.

Pour ce qui est des médecins qui pratiquent sur les réserves, je ne peux pas vous donner tous les renseignements mais je pense que les personnes qui vivent sur les réserves et qui pratiquent la médecine bénéficient de certains avantages fiscaux. Dans quelle mesure exactement, je ne le sais pas. Les personnes qui vivent hors des réserves et qui pratiquent la médecine dans la réserve à temps partiel se voient appliquer des critères d'imposition légèrement différents. Je ne pense pas qu'elles aient droit à ces avantages fiscaux.



*[Text]*

About our feelings about our traditional medicine, I will allow my colleagues to comment as well. Basically, we as an organization have a difficult time to define, first of all, what traditional medicine is, and secondly, who the practitioners are. There are no standards for that. We feel there's a strong element of entrepreneurship involved in those areas. We're very cautious to identify who is an authentic practitioner and who is not.

We would very much like to welcome authentic traditional practitioners so we can relate more closely to them and perhaps develop the holistic approach to health as perceived by aboriginal people. We're making some headway in that with respect to our international affiliations, because in South America the traditional practice is very much alive and the practitioners are becoming much more vocal. I think through that route you might be able to establish some parameters.

However, I would reserve time for Dr. Blue, and perhaps Dr. Dignan, to comment.

**Dr. Blue:** With regard to traditional medicine, I have certainly worked with a number of them and have been very, very happy with them. There's a young fellow by the name of David Courchene, who did the sun dance with us and is a member of the Eagle Society. He has devoted his life to the assistance and helping of the young people through learning traditional ways. In fact, he evolved a camp out of Port Alexander in Manitoba Reserve, to which he takes young people who are having problems of many kinds into the bush to teach them traditional ways. He has been very successful. He's very quiet. There's no advertisement of it that I know of, but he is working with them and working very well.

There is the Eagle Society, which has evolved out of the Lakota tradition, which is a society of donation, because certainly one doesn't in any way get paid for it. He did receive some funds to help him set up his camp, but I believe that was done through the band council itself.

A number of years ago, approximately 10 years ago, I was hired as a consultant for the Rosebud Medicine Men's Association. We applied for and received a grant for them. The research grant was in their name from the National Institute of Mental Health, a grant to pay them fee for service. We did that for five years, because there are 21 communities on the Rosebud Reservation. Some were traditional and had medicine men, and some were not.

We measured and kept track of quite a number of different things, such as the number of arrests resulting out of family violence, the number of children with difficulties, the amount of occupations, etc., over the five years, and in fact found that most things improved under the care of a medicine person.

*[Translation]*

Je vais laisser mes collègues vous parler aussi de notre attitude face à la médecine traditionnelle des autochtones. En tant qu'organisme, nous avons du mal à définir, tout d'abord, ce qu'est la médecine traditionnelle et, deuxièmement, qui sont les personnes qui la pratiquent. Il n'existe aucune norme dans ce domaine. Il semble néanmoins y avoir une forte composante commerciale. Nous sommes très prudents lorsqu'il s'agit de dire si quelqu'un pratique cette médecine de façon légitime ou pas.

Nous aimerions beaucoup rencontrer de véritables guérisseurs traditionnels pour établir des liens plus étroits avec eux et peut-être renforcer cette approche globale à la santé, telle que la conçoivent les peuples autochtones. Nous avons fait quelques progrès dans ce domaine grâce à des organismes internationaux parce qu'en Amérique du Sud, la pratique traditionnelle est très vivante et les praticiens se font davantage connaître. Je crois que nous allons réussir de cette façon à établir certains paramètres.

Je voudrais toutefois laisser le Dr Blue, et peut-être le Dr Dignan, vous présenter leurs commentaires.

**Dr Blue:** Pour ce qui est de la médecine traditionnelle, j'ai travaillé avec un certain nombre de praticiens et j'ai été très très heureux de ces contacts. Il y a un jeune homme du nom de David Courchene, qui a fait la danse du soleil avec nous et qui est membre de la Eagle Society. Il consacre sa vie à aider les jeunes en leur apprenant les façons de vivre traditionnelles. Il a fait établir un camp près de Port Alexander dans la réserve du Manitoba, et il y emmène les jeunes qui ont des problèmes pour leur enseigner les façons traditionnelles, en forêt. Il obtient d'excellents résultats. C'est un homme très tranquille. Il ne fait aucune publicité que je sache mais il travaille avec les jeunes et fait de l'excellent travail.

Il y a la Eagle Society, qui est un prolongement de la tradition Lakota, une société de dons, parce que personne n'est bien entendu rémunéré pour faire cela. Il a reçu quelques fonds pour l'aider à établir son camp, mais je crois que cela s'est fait par l'intermédiaire du conseil de la bande.

Il y a un certain nombre d'années, 10 ans environ, la Rosebud Medicine Men's Association m'a embauché comme consultant. Nous avons demandé et obtenu une subvention pour cette association. L'Institut national de la santé mentale leur avait attribué une bourse de recherche qui leur permettait de payer mes honoraires. Nous avons travaillé pendant cinq ans, parce qu'il y avait 21 communautés sur la réserve Rosebud. Certaines étaient des communautés traditionnelles avec des chamans et d'autres qui ne l'étaient pas.

Nous avons mesuré et comptabilisé toutes sortes de choses, comme le nombre des arrestations à la suite d'actes de violence dans la famille, le nombre des enfants ayant des problèmes, le nombre d'emplois, sur une période de cinq ans et nous avons constaté que la situation était meilleure, d'après ces variables, lorsqu'il y avait un chaman.



## [Texte]

## [Traduction]

Their communities are called Tiospawi, which is a grouping of people who have relations and so on, and the Tiospawi leader is a medicine person. These communities improved in all social factors except for one, alcohol. However, the alcohol abuse stayed about the same within them and, over the five years, had increased 300% in those communities not served by traditional people.

The data is available and has been published. It's been published by the U.S. government in a book called *Primary Prevention as it Relates to Traditionality and Empirical Measures of Social Deviance*. It's available and I can give you the reference, or I probably did within the paper.

**La vice-présidente (Mme Picard):** Je vous demanderais d'être brève pour permettre aux autres membres du Comité de poser des questions. Il ne nous reste que 15 minutes.

**Mrs. Ur:** One of your aims in your presentation is to encourage and promote native students to enter the medical and health profession. My colleague here alluded to that in his question: what avenues do you see would help promote that issue?

Also, could you explain to me how the need differs between the non-native and native aspects of mental health training programs? What is the difference? What are the different needs? In your training programs, do you take into consideration or involve—you alluded to this in one of your responses—trained lay persons and their holistic methods?

• 1145

I think perhaps some of the traditional ways that have been presented by prior witnesses today might be difficult to incorporate in an urban or off-reserve setting. There seems to be difficulty in having one program to suit two needs.

Can you highlight some of those issues for me, please?

**Dr. Takenay:** I'll try to respond to the items in the order in which you've presented them.

To encourage and promote students in the health sciences, we in fact have our own network where we encounter students who have an interest in health sciences or medicine and they do approach us. What we do is try to channel them into the proper universities and support them in their filling out of forms and getting all the material ready. We don't necessarily help them fill out the forms but rather define the process for them so that they are aware of what they have to do. In addition, some of us also provide students with an additional resource, someone in medicine who can actually help guide them and determine whether they do want to go into medicine or health sciences. It's because of this network that we're able to feed into the proper universities.

Leur collectivité s'appelle Tiospawi, qui représente un groupe de personnes qui vivent ensemble et le chef du Tiospawi est un chaman. Dans ces communautés, tous les facteurs sociaux étaient meilleurs sauf pour un, l'alcool. L'abus d'alcool est demeuré à un niveau constant dans ces communautés et avait augmenté de 300 p. 100 au cours de cette période de cinq ans, dans les communautés où il n'y avait pas de chaman.

Ces données ont été publiées. Le gouvernement des États-Unis les a publiées dans un livre intitulé *Primary Prevention as it Relates to Traditionality and Empirical Measures of Social Deviance* ou quelque chose du genre. Il est possible de se le procurer et je vous donnerai la référence, si je ne l'ai pas fait dans le mémoire.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** I will ask you to keep it short so that other members of the Committee may ask you questions. We only have 15 minutes left.

**Mme Ur:** Vous avez indiqué dans votre exposé que vous vouliez encourager les étudiants autochtones à entrer dans la profession médicale et les professions de la santé. Mon collègue y a fait allusion lorsqu'il vous a demandé: quels moyens pourrait-on utiliser pour réaliser cet objectif?

J'aimerais aussi que vous m'expliquiez en quoi diffèrent les aspects autochtones et non autochtones des programmes de formation en santé mentale? Quelle est la différence? Quelles sont les différences au niveau des besoins? Dans vos programmes de formation, est-ce que vous demandez à des personnes qui ne sont pas médecins d'exposer leur approche holistique—vous avez bien fait allusion à cette possibilité dans une de vos réponses. . . ?

Je crois qu'il y a des façons traditionnelles qui ont été présentées aujourd'hui par d'autres témoins qu'il serait peut-être difficile d'utiliser dans un contexte urbain ou à l'extérieur des réserves. Il semble difficile qu'un programme puisse répondre à deux types de besoins.

Pouvez-vous commenter ces questions s'il-vous-plaît?

**Dr Takenay:** Je vais essayer de répondre à vos questions dans l'ordre où vous les avez posées.

Pour encourager les étudiants à faire des études dans le domaine des sciences de la santé, nous utilisons notre propre réseau qui nous permet de rencontrer les étudiants qui ont manifesté un intérêt pour la médecine et les sciences de la santé et qui nous contactent. Nous essayons ensuite de les diriger vers les universités qui leur conviennent, nous les aidons à remplir les formulaires et à préparer les documents. Nous ne les aidons pas toujours à remplir ces formulaires mais nous leur expliquons le processus à suivre pour qu'ils sachent exactement quoi faire. D'autres membres fournissent aussi aux étudiants des ressources supplémentaires, par exemple, quelqu'un qui est en médecine peut les aider à savoir s'ils sont sûrs de vouloir étudier la médecine ou les sciences de la santé. C'est grâce à ce réseau que nous réussissons à les diriger vers l'université la plus indiquée.

## [Text]

At the present time we're not able to do much more than that, simply because it's a time-consuming process and one without a proper secretariat at the organizational level. We're not able to effectively participate. Hopefully, the career fair videos we're planning to make can help offset some of that. Those are the major areas we're involved in now.

In addition to that, we work very closely with the deans of medicine and health sciences at the universities. All of our annual meetings, for example, are held at the major universities with a health sciences centre.

When we present 35 aboriginal physicians and about the same number of medical students to the community—as we did, for example, in Calgary this past year—I think individuals at the community level begin to appreciate that there are these people in the profession who do serve as role models and that this indicates the profession is not excluding Indians but in fact encouraging them. There are ways we're doing that, but they're mostly indirect. It's not necessarily through a specific program we have.

Once the student is in medical school, we have what we call an individual mentor program whereby we try to match a student with a physician. In that sense there's a personal relationship that develops and a personal support system. It's a true mentorship. We don't promote it or discuss it openly, but it is there and it is a support. That's basically what I can contribute to your first question.

Are there any differences between non-native and native mental health training programs? There's a lot of difference. There's the multiculturalism that's in Canadian aboriginal society. I believe there are 11 major linguistic groups and about 60 different cultural entities within those 11 linguistic groups. They are culturally distinct. They're as distinct as French is from Italian and German and as Ojibway is from Mohawk and Cree. There has to be an appreciation of that by the dominant society. Some of the things applied in the Cree communities may not be applicable in the Mohawk communities.

There's also the difference in the extent of contact there has been with the non-native population.

By and large the major difference is the fact there are two separate systems for aboriginal people and northern Canadians. The principles are the same but the actual service delivery is different. In fact, when you're dealing with reserve populations of first nations groups, the pinnacle of a health model is really the nurse at the nursing station. The physician who is responsible for that is usually several hundred miles away. So there is no equivalency for health services.

It's a good service. It's one that has worked and certainly provides a service. But it is not an equivalent service.

## [Translation]

À l'heure actuelle, nous ne sommes pas en mesure de faire beaucoup plus que ça, pour la simple raison que cela prend beaucoup de temps et que nous ne disposons pas d'un véritable secrétariat dans notre organisation. Cela nous empêche de participer à ces activités de façon plus efficace. Nous espérons que le projet de bandes vidéos sur les carrières nous permettra de combler une partie de ces besoins. Voilà les principaux secteurs dans lesquels nous sommes actifs à l'heure actuelle.

En outre, nous travaillons très étroitement avec les doyens des facultés de médecine et des sciences de la santé des diverses universités. Nous tenons toutes nos réunions annuelles, par exemple, dans les principales universités qui ont un centre des sciences de la santé.

Lorsque nous réunissons 35 médecins autochtones et à peu près le même nombre d'étudiants en médecine—comme cela s'est produit par exemple l'année dernière à Calgary—je crois que cela indique à la collectivité qu'il existe des gens dans cette profession qui peuvent servir de modèle et cela fait ressortir le fait que, loin d'exclure les Indiens, la profession en fait les encourage à venir grossir ses rangs. Nous travaillons dans cet objectif mais de façon indirecte la plupart du temps. Nous n'avons pas nécessairement recouru à un programme précis.

Lorsque l'étudiant est entré à la faculté de médecine, nous avons ce que nous appelons un programme individuel de mentors grâce auquel nous essayons de jumeler un étudiant avec un médecin. Cela facilite l'établissement de relations personnelles et constitue un système d'aide. Nous n'en parlons pas beaucoup mais cela existe et c'est un soutien précieux. Voilà à peu près ce que j'ai à dire au sujet de votre première question.

Y a-t-il des différences entre les programmes de formation en santé mentale pour les Autochtones et les non-Autochtones? Il y a d'énormes différences. Il y a le multiculturalisme que l'on retrouve dans la société autochtone canadienne. Je crois qu'il y a 11 principaux groupes linguistiques et environ 60 groupes culturels différents à l'intérieur de ces 11 groupes linguistiques. Il y a des différences culturelles. Elles sont aussi grandes que celles qui existent entre les Français et les Italiens et les Allemands ou entre les Ojibways et les Mohawks et les Cris. Il faut que la société dominante tienne compte de ce fait. Il y a des choses que l'on utilise dans les communautés cris qui ne peuvent être dans les communautés mohawks.

Il y a aussi des différences pour ce qui est des contacts qui ont été établis avec la population non-autochtone.

Je dirais que dans l'ensemble la principale différence est qu'il existe deux systèmes distincts, l'un pour les peuples autochtones et l'autre pour les Canadiens du Nord. Les principes sont les mêmes mais la façon dont les services sont offerts est différente. En fait, lorsqu'il s'agit de populations appartenant aux groupes des Premières nations vivant dans des réserves, l'idéal du modèle de santé se réduit à l'infirmière dans une infirmerie. Le médecin responsable se trouve habituellement à des centaines de miles de là. Les services de santé ne sont donc vraiment pas équivalents.

C'est un bon service. Cela fonctionne et c'est un service. Mais ce n'est pas un service équivalent.



## [Texte]

So if you're going to look at the differences among training programs, you have to see what would work not only in the north but also here in Ottawa and other major centres. You have to look at the equivalency principle.

It is the same for the training process. By and large, most of the training programs that go to aboriginal communities are very short-term training programs, something to begin to identify them as a counsellor or something of that order. The credentialling process is not there, and they're limited to working on reserves, nothing beyond that.

I would suggest the training of lay persons include a training program that is made out for a number of years. It could be short term, but at least the individual could provide services while they're training. It doesn't have to be away from home. But there has to be an ongoing training program with an end-point that marks credentials, so there is portability of that training into other areas. That brings equity to the system.

**Mr. Patry:** Thank you very much for being with us this morning. It's very interesting.

I want to go along with my colleague here. You mention your needs on the slide and you say you need a mental health worker training program. I want you to elaborate a little on this, because I feel this is a very important issue.

I'd like you to tell me how you see this program. Is it a program with specialized school training—I mean occidental training—or just a traditional training program, or a combination of both, where you could have occidental training that could be integrated afterwards with your native values?

The second question is what is the role of the federal government, which wants to help you in this matter but also doesn't want to interfere?

**Dr. Tookenay:** I will take a quick crack at this. Then I would like to have Dr. Blue respond.

First of all, there is a definite need, because the list of mental health problems is endless. What the native physicians have done in their first phase of this program—which, incidentally, is federally funded, so there is a federal interest there as well. . . We do not want to interfere at the community level. We see ourselves as very much what we feel the federal government should be, and that is a facilitator of the training itself.

We are looking at our training programs in several steps. One is to meet the immediate mental health need of the communities. The communities themselves will define the types of problems they have and begin to identify the type of workers they would have. What we can do then is approach the institutions with them to access that training, whether short term to meet an immediate community need or long term to bring a degree or certification and portability, so that individual does not have to practise on reserve.

## [Traduction]

Lorsque l'on parle des différences entre les programmes de formation, il faut penser à ce qui sera efficace dans le Nord mais aussi à ce qui fonctionnera à Ottawa et dans les grands centres urbains. Il faut respecter le principe de l'équivalence.

Il en va de même pour la formation. Dans l'ensemble, la plupart des programmes de formation destinés aux communautés autochtones sont des programmes à très court terme, qui permettent de former des conseils ou quelque chose du genre. Cela ne débouche pas sur un véritable diplôme et on ne peut travailler ailleurs que sur les réserves.

Je pense que la formation des travailleurs médicaux devrait s'étaler sur plusieurs années. Les périodes de formation pourraient être courtes mais au moins la personne pourrait offrir des services pendant qu'elle est en train de se former. Il n'est pas nécessaire non plus qu'elle quitte sa résidence. Il faudrait cependant un programme de formation permanente qui débouche sur quelque chose d'officiel pour que cette formation soit reconnue dans notre région. Cela rendrait le système plus équitable.

**M. Patry:** Je vous remercie beaucoup d'être venu ici ce matin. Tout cela est fort intéressant.

J'ai continué dans la direction où s'est engagé mon collègue. Vous avez parlé de vos besoins sur la diapositive et vous dites qu'il vous faut un programme de formation pour travailleurs en santé mentale. J'aimerais que vous me précisiez un peu cela, parce que cet aspect me paraît très important.

J'aimerais que vous me disiez comment vous concevez ce programme. Serait-ce un programme où l'on donnerait cette formation dans un établissement spécialisé—je veux dire une formation occidentale—ou un simple programme de formation traditionnelle, ou un mélange des deux, qui finirait par intégrer les valeurs autochtones à un programme de formation occidentale?

La deuxième question porte sur le rôle du gouvernement fédéral, qui souhaite vous aider dans ce domaine sans toutefois s'imposer?

**Dr Tookenay:** Je vais vous donner une réponse rapide et j'aimerais ensuite donner la parole au D<sup>r</sup> Blue.

Tout d'abord, il y a un besoin réel, parce que la liste des problèmes de santé mentale est vraiment très longue. Au cours de la première phase de ce programme—qui, je le signale en passant, est financée par le fédéral—et celui-ci a donc un intérêt dans ce domaine. . . Les médecins autochtones se sont surtout attachés à . . . Nous ne voulons pas nous imposer au niveau de la communauté. Nous considérons que notre rôle devrait également être celui du gouvernement fédéral, et il consiste à faciliter le processus de formation.

La conception de ces programmes de formation comporte de nombreuses étapes. La première consiste à répondre aux besoins immédiats des communautés dans le domaine de la santé mentale. Ce sont les communautés elles-mêmes qui définissent les types de problèmes auxquels elles font face et qui commencent à préciser le genre de travailleurs qu'elles souhaiteraient avoir. Nous nous joignons ensuite aux représentants des communautés pour communiquer avec les établissements susceptibles d'offrir cette formation, que ce soit à court terme pour répondre à un besoin communautaire immédiat, ou à long terme pour offrir un diplôme, un certificat, pour que les diplômés ne soient pas obligés d'exercer leur profession sur la réserve.



## [Text]

So what we have is the community input. We are providing the bridge, so to speak, or helping to provide the bridge. We're facilitating the process with our own experience and skills. We can work very closely with the community, which is what we do, and then work with the institution and bring the two together so the institutions, particularly the community colleges, will be in a position to address the academic needs required over time.

As I've said before, if it is short term, for example, if it's a one—or two—week course to introduce the student to the counselling process or a specific area, that counselling or that training has to go on for a long time—one day a month, a couple of days a year, or something of that order. So at the end there is credentialling and portability.

**Dr. Blue:** We've been looking at that now for some little time. The whole question of a mental health worker... we need to have several things going on.

First, it needs to be from the community, as far as I'm concerned, because of language, customs, a variety of things. It needs to be community people. Basically when we begin to look at the acquisition of them, especially in the prairie provinces and the north, we're looking at probably taking somebody with about a grade 10 education and some training. We had been thinking about something in the order of different levels of mental health workers, that maybe the first level, which is just community, is maybe a five-day training period, then once a month going back for a one-day workshop.

## • 1155

You need supervision. You do not want people unqualified doing therapy. What you want them to deal with are what I hope what you noted from the statistics, social problems. We have a mass of them that need to be touched and dealt with. We've got this first level. They need to be supervised. That supervision ought to be by physicians and clinical psychologists. It needs to be at that level.

Secondly, I think we probably have a second level. Out of that group you trained and have working, then you take them back after about a year and give them maybe a community college one-year course, build them up and give them greater contact, maybe doing some group work, working with some of the family problems, etc.

Finally, you have the third level, as you begin to build the supervisors themselves through the university and university programs. There have been a number of them attempting to look at and to build concerns about mental health problems on reserves.

**Dr. Tookenay:** One final point on—

**La vice-présidente (Mme Picard):** Brièvement, s'il vous plaît, parce qu'il ne nous reste que quelques minutes, et le docteur Fry voudrait vous poser quelques questions.

## [Translation]

Il y a donc d'un côté la participation de la communauté. Nous avons un rôle de liaison, du moins nous aidons les communautés à établir des liens. Nous facilitons le processus grâce à notre expérience et à nos qualifications. Nous sommes capables de travailler très étroitement avec les communautés, ce que nous faisons d'ailleurs, et de travailler également avec les établissements pour rapprocher les deux de façon à ce que les établissements, les collèges communautaires en particulier, mettent en place progressivement des moyens permettant de répondre aux besoins de formation.

Comme je l'ai déjà dit, si c'est à court terme, par exemple, un cours d'une ou deux semaines pour familiariser l'étudiant avec le processus de l'orientation ou un domaine précis ne suffit pas. La formation doit s'étaler sur une longue période—un jour par mois, quelques jours par an ou quelque chose du genre. Il faut qu'à la fin il y ait un diplôme et une reconnaissance officiels.

**Dr. Blue:** Cela fait déjà quelque temps que nous examinons cela. Toute la question des travailleurs en santé mentale... Il y a plusieurs aspects.

Tout d'abord, il faut que cela vienne de la communauté. C'est du moins ce que je pense, à cause de la langue, des coutumes et de toutes ces choses. Il faut que ce soit des gens qui viennent de la communauté. En fait, si l'on pense aux personnes qui pourraient participer à ces programmes, en particulier dans les provinces des Prairies et dans le Nord, je crois qu'il s'agirait de quelqu'un qui a terminé sa dixième année et suivi certains cours de formation. Nous avions pensé à prévoir plusieurs niveaux de travailleurs en santé mentale, et le premier niveau, qui travaillerait uniquement dans la communauté, pourrait correspondre à une période de formation de cinq jours, suivi d'un atelier d'un jour par mois.

Il faut de la supervision. On ne peut pas laisser des gens non formés faire de la thérapie. Ces personnes doivent s'occuper de problèmes sociaux très réels, et j'espère que nos chiffres vous ont bien renseigné là-dessus. Nous en avons toute une série et il faut faire quelque chose. Il y a donc ces travailleurs de niveau un. Il faut les superviser. Cette supervision devrait être confiée à des médecins et à des psychologues cliniques. Cela devra se faire à ce niveau.

Ensuite, je pense qu'il faudrait un deuxième niveau. Ce groupe que vous avez formé et qui travaille, vous le revoyez un an après et vous donnez à ces personnes un cours d'un an dans un collège communautaire pour renforcer leurs connaissances et élargir leurs contacts, en faisant peut-être du travail de groupe, du travail sur les problèmes familiaux, etc.

Enfin, il y a le troisième niveau, où l'on essaie de former des superviseurs en leur donnant des études universitaires. Il existe en effet un certain nombre de programmes universitaires qui tentent de s'adapter aux besoins particuliers des réserves dans le domaine de la santé mentale.

**Dr. Tookenay:** Une dernière remarque sur...

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Very briefly, please, because we only have a few minutes left and Dr. Fry would like to ask you a few questions.

[Texte]

**Dr. Tookenay:** I appreciate that. One of the roles of the federal government might in fact be to facilitate the infrastructure that would achieve the purpose. One aspect of the infrastructure is to work very closely and help develop work in the development of the native physicians' associations and the nursing associations.

**Ms Fry:** My question is for Dr. Dignan. I want you to elaborate just a little bit on some of the things you've said. Again looking from the model that we're trained to work from, you look for the cause, you look for the etiology, and you deal with that in terms of prevention and opportunity of treatment. You suggested that one of the things we need to do is to get the parenting skills back and to continue to nurture people within their communities, and that if we remove them from their communities and we put them into some other place for substance abuse or for chemical addictions, etc., what we've done is in fact compounded it by taking them out of their own communities.

There is a practical issue here, though. Given that, for instance, in terms of immediate detoxification one doesn't have detox centres in every single community, how does one do that? Or do you think it is necessary to have immediate detoxification outside the community?

**Dr. Dignan:** It depends on what substance is being abused as to whether one needs detoxification or whether it will be physiologically harmful if they're removed from the substance they're using. Otherwise, just abstaining from whatever the substance they use at a reserve level would help.

When I go to a reserve I don't go there to do anything other than to be a resource person, both for adolescent counselling and emergency medicine, the management of airways for attempted suicides. One other thing they've asked me to do, if necessary, is to certify people, which means they can be legally detained for at least 24 hours. But I've never had to do that because I've always been able to talk the adolescent into voluntarily doing something on his or her own that would prevent them from being certified.

• 1200

How do you accomplish it? Again I think you have to ask the reserve-level community people, as Dr. Tookenay has indicated, what the needs are for that particular community, and we as a resource group can facilitate that in partnership with the federal government.

**Ms Fry:** You wanted to make a comment, Dr. Blue?

**Dr. Blue:** I was only going to suggest that the Wind Horse project, which is Dr. Padvol's project in Dalhousie that looks at the utilization of private homes as a detox centre and a treatment centre, has been extremely successful where it has worked, a very neat model.

**Ms Fry:** What model is it?

**Dr. Blue:** It's called the Wind Horse model.

**Ms Fry:** Thank you.

[Traduction]

**Dr Tookenay:** Très bien. Le gouvernement fédéral pourrait peut-être se charger de l'infrastructure qui permettrait de réaliser cet objectif. Son rôle pourrait consister à renforcer les associations de médecins autochtones et les associations d'infirmières autochtones.

**Mme Fry:** Ma question s'adresse au Dr Dignan. J'aimerais que vous donniez d'autres détails sur certaines choses que vous avez dites. Si l'on aborde cette question selon la perspective qui nous a été inculquée, il faut chercher la cause, l'étiologie avant de s'occuper de la prévention et des possibilités de traitement. Vous avez suggéré que l'on renforce le rôle parental et que l'on continue de s'occuper de ces personnes à l'intérieur de leur communauté parce que, si nous les en retirons pour les placer dans d'autres établissements pour l'abus de certaines substances ou la dépendance à l'égard de produits chimiques, etc., nous ne faisons qu'aggraver la situation du fait d'avoir éloigné ces gens de leur communauté.

Cela soulève toutefois un problème d'ordre pratique. S'il s'agit de désintoxication immédiate, il n'y a pas de centres de ce genre dans toutes les communautés, alors comment faire? Ou pensez-vous qu'il faudrait procéder à la désintoxication immédiate à l'extérieur de la communauté?

**Dr Dignan:** Cela dépend de la substance dont il s'agit, faut-il passer par la désintoxication ou serait-il physiologiquement nuisible à ces personnes de les priver de la substance qu'elles utilisent? Sinon, le seul fait d'amener les gens à s'abstenir de consommer la substance qu'ils utilisent au niveau de la réserve serait utile.

Lorsque je me rends dans une réserve, mon seul rôle est celui d'une personne-ressource. Je m'occupe à la fois d'orienter les adolescents, de pratiquer la médecine d'urgence, et d'organiser le transport aérien pour les tentatives de suicide. On m'a également demandé de faire autre chose, en cas de nécessité, à savoir délivrer des certificats pour que l'on puisse légalement détenir une personne pendant au moins 24 heures. Mais je n'ai jamais eu à le faire parce que j'ai toujours réussi à amener l'adolescent à prendre une initiative qui m'éviterait d'avoir à délivrer ce genre de certificat.

Comment y parvenir? Là encore, je crois qu'il faut demander aux gens de la réserve, comme l'a indiqué le Dr Tookenay, quels sont les besoins de leur communauté et nous, en tant que groupe de personnes-ressources, nous pouvons les aider à répondre à leurs besoins en collaboration avec le gouvernement fédéral.

**Mme Fry:** Vous vouliez faire un commentaire, docteur Blue?

**Dr Blue:** J'allais simplement signaler que le projet Wind Horse, dont s'occupe le Dr Padvol à Dalhousie, et qui consiste à utiliser les maisons des particuliers comme des centres de désintoxication et de traitement a donné d'excellents résultats dans certains cas; un modèle fort intéressant.

**Mme Fry:** De quel modèle s'agit-il?

**Dr Blue:** On l'appelle le modèle Wind Horse.

**Mme Fry:** Merci.

---

[Text]

[Translation]

**La vice-présidente (Mme Picard):** Docteur Blue, docteur Tookenay et docteur Dignan, je vous remercie de nous avoir fait connaître votre association et de toute l'information que vous nous avez transmise. Sachez que nous sommes sensibles à vos préoccupations et que nous avons pris note de toutes vos recommandations. Je vous remercie.

**The Vice-Chairman (Mrs. Picard):** Dr. Blue, Dr. Tookenay and Dr. Dignan, I thank you for making your association known to us and for all the information you provided. I want you to know that we are very sensitive to your concerns and that we have carefully noted all your recommendations. Thank you.

La séance est levée.

The meeting is adjourned.

---







If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the Nechi Institute:*

Maggie Hodgson, Executive Director.

*From the Anishnawbe Health Centre, Toronto:*

Shirley Morrison, Manager, Health Program.

*From the Waseskun House:*

Daniel Paul Bork, Board Member;

Andrew Giasson, Board Member.

*From the Native Physician's Association of Canada:*

Dr. Vince Tookenay, President;

Dr. A. Blue, Psychologist, Open Arrow Clinic;

Dr. Thomas Dignan, South Muskoka Memorial Hospital.

#### TÉMOINS

*De l'Institut Nechi:*

Maggie Hodgson, directrice exécutive.

*De «Anishnawbe Health Centre», Toronto:*

Shirley Morrison, gérante, Programme de la santé.

*De la Maison Waseskun:*

Daniel Paul Bork, membre du conseil d'administration;

Andrew Giasson, membre du conseil d'administration.

*De l'Association des médecins autochtones du Canada:*

D<sup>r</sup> Vince Tookenay, président;

D<sup>r</sup> A. Blue, psychologue, Clinique «Open Arrow»;

D<sup>r</sup> Thomas Dignan, Hôpital «South Muskoka Memorial».

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 21

Thursday, December 15, 1994

Chair: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 21

Le jeudi 15 décembre 1994

Président: Roger Simmons

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*      *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Health

## Santé

---

**RESPECTING:**

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of a study on mental health and the aboriginal peoples of Canada

**CONCERNANT:**

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, considération d'une étude concernant la santé mentale et les peuples autochtones du Canada

---

**WITNESSES:**

(See back cover)

**TÉMOINS:**

(Voir à l'endos)





## STANDING COMMITTEE ON HEALTH

*Chair:* Roger Simmons

*Vice-Chairs:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Members

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Associate Members

Madeleine Dalphond-Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
Réal Ménard  
John Murphy  
Svend J. Robinson  
Andy Scott

(Quorum 6)

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

*Président:* Roger Simmons

*Vice-présidents:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Membres

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Membres associés

Madeleine Dalphond-Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
Réal Ménard  
John Murphy  
Svend J. Robinson  
Andy Scott

(Quorum 6)

*La greffière du Comité*

Nancy Hall

## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, DECEMBER 13, 1994  
(33)

[Text]

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:15 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Bldg., the Chairman, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Acting Member present:* Madeleine Dalphond-Guiral for Michel Daviault.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Nancy Miller-Chénier and Bill Murray, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to the consideration of a proposed itinerary and budget for travel in relation to its study on mental health and the Aboriginal Peoples of Canada (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

On motion of Ovid Jackson, it was agreed, by a show of hands, that the travel itinerary and budget related to the Committee's study on mental health and the Aboriginal Peoples of Canada, be approved as proposed, and that it be presented, as soon as possible, to the Sub-Committee on Budget of the Liaison Committee for its consideration.

It was agreed,—That Members be encouraged to use their House points or bonus points to help offset the costs associated with the travel in relation to the study on mental health and the Aboriginal Peoples of Canada.

It was agreed,—That the Committee would consider the subject matter of the Order of Reference relating to the Decade of the Brain when it next reviews its list of study priorities. (*See Minutes of Proceedings, dated November 22, 1994, Issue No. 19*).

On motion of Bernard Patry, it was agreed,—That Svend Robinson (N.D.P.) and Rose-Marie Ur (Lib.) be appointed as members of the Sub-Committee on HIV/AIDS, bringing the total membership of said Sub-Committee to eight (8).

On motion of Bernard Patry, it was agreed,—That the budget for the Sub-Committee on HIV/AIDS, covering the period to the end of this fiscal year (March 31, 1995), be adopted as proposed and that it be presented, as soon as possible, as a supplementary budget request to the Sub-Committee on Budget of the Liaison Committee for its consideration.

It was agreed,—That, the Committee authorize the spending of \$62.00 plus shipping, handling and GST for the purchase of one copy in English and one copy in French of *Mental Health and Aboriginal Peoples of Quebec*, by le Comité de la santé mentale du Québec, published by Gaetan Morin, editor.

At 10:50 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

## PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 13 DÉCEMBRE 1994  
(33)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à huis clos à 9 h 15, dans la salle 536 de l'immeuble Wellington, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Roger Simmons, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

*Membre suppléant présent:* Madeleine Dalphond-Guiral remplace Michel Daviault.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, Nancy Miller-Chénier et Bill Murray, attachés de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité examine un projet d'itinéraire et de budget relativement à son étude sur la santé mentale et les autochtones du Canada (*voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*).

Sur motion d'Ovid Jackson, il est convenu, à main levée, que le projet d'itinéraire et de budget relativement à l'étude du Comité sur la santé mentale et les autochtones du Canada, soit approuvé tel quel, et qu'il soit présenté sans délai au Sous-comité des budgets du Comité de liaison.

Il est convenu—Que les membres du Comité soient invités à faire usage de leurs points de voyage afin de réduire les frais de déplacement occasionnés par l'étude entreprise par le Comité.

Il est convenu—Que le Comité discute de son mandat relatif à la Décennie du cerveau au moment où il examinera la priorité de ses travaux (*voir les Procès-verbaux et témoignages du 22 novembre 1994, fascicule n° 19*).

Sur motion de Bernard Patry, il est convenu—Que les députés Svend Robinson (NPD) et Rose-Marie Ur (Parti libéral) fassent partie du Sous-comité du HIV/AIDS, ce qui portera ainsi à huit le nombre de membres du Sous-comité.

Sur motion de Bernard Patry, il est convenu—Que soit adopté le budget proposé pour le Sous-comité du HIV/AIDS jusqu'à la fin du présent exercice (31 mars 1995), et qu'il soit présenté sans délai, comme budget supplémentaire, au Sous-comité des budgets du Comité de liaison.

Il est convenu—Que le Comité autorise la dépense de 62 \$ plus les frais d'expédition, de manutention et de TPS, aux fins d'acheter deux exemplaires, un en français, un en anglais, de l'étude sur *La santé mentale et les autochtones du Québec*, publiée par le Comité de la santé mentale du Québec (Gaetan Morin, éditeur).

À 10 h 50, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

## THURSDAY, DECEMBER 15, 1994

(34)

The Standing Committee on Health met at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 269, West Block, the Acting Chair, Ovid L. Jackson, presiding.

*Members of the Committee present:* Harold Culbert, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Nancy Miller-Chénier and Bill Murray, Research Officers.

*Witnesses: From the Native Mental Health Association of Canada:* Dr. Clare Brant, Treasurer. *From the Akwesasne First Nation Health and Social Services Facility:* Andrea Cook, Manager, Mental Health Program; Joanne Francis, Community Liaison Officer, Mental Health Program. *From the National Association of Friendship Centres:* Wayne Helgason, President; Ivan Williams, Vice-President; Mark Maracle, Executive Director. *From the Centre for Aboriginal Education, Research and Culture:* Madeleine Dion Stout, Director.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to the consideration of its study on mental health and the aboriginal peoples of Canada (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

Dr. Clare Brant made an opening statement and answered questions.

Andrea Cook made an opening statement and together with Joanne Francis answered questions.

At 10:03 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 11:10 o'clock a.m., the sitting resumed.

Wayne Helgason, Ivan Williams and Mark Maracle each made opening statements and answered questions.

Madeleine Dion Stout made an opening statement and answered questions.

At 12:35 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## LE JEUDI 15 DÉCEMBRE 1994

(34)

Le Comité permanent de la santé se réunit à huis clos à 9 h 10, dans la salle 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Ovid L. Jackson (*président suppléant*).

*Membres du Comité présents:* Harold Culbert, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Nancy Miller-Chénier et Bill Murray, attachés de recherche.

*Témoins: De l'Association de la santé mentale des autochtones du Canada:* Dr<sup>e</sup> Clare Brant, trésorier. *De Akwesasne First Nation Health and Social Services Facility:* Andrea Cook, gérante, Programme de la santé mentale; Joanne Francis, agent de liaison communautaire, Programme de santé mentale. *De l'Association nationale des centres d'amitié:* Wayne Helgason, président; Ivan Williams, vice-président; Mark Maracle, directeur exécutif. *Du Centre pour l'éducation, la recherche et la culture autochtones:* Madeleine Dion Stout, directrice.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité examine son projet d'étude sur la santé mentale et les autochtones du Canada (*voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*).

Clare Brant fait un exposé et répond aux questions.

Andrea Cook fait un exposé, puis elle-même et Joanne Francis répondent aux questions.

À 10 h 03, la séance est suspendue.

À 11 h 10, la séance reprend.

Wayne Helgason, Ivan Williams et Mark Maracle font chacun un exposé et répondent aux questions.

Madeleine Dion Stout fait un exposé et répond aux questions.

À 12 h 35, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*La greffière du Comité*

Nancy Hall



[Texte]

## EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, December 15, 1994

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Order, please. I had better outline what we hope to do. It's supposed to be 30 minutes. We're running 15 minutes late, so maybe we should try to gain 5 minutes somehow.

You have 10 minutes for your presentation and then we'll allow 20 minutes for questions.

**Dr. Clare Brant (Chair, Native Mental Health Association of Canada):** I would like to endorse the findings of the committee as summarized in Nancy Hall's letter inviting me to appear before this committee as a witness.

I would say that the incidence of major medical mental illness in the native community is approximately the same as anywhere else. Although there are no widespread epidemiological studies available in Canada, one was done in the States 30 years ago by Fahy and Muschenheim. They suggested that the incidence of psychiatric disorders, ranging from the major mental illnesses such as schizophrenia down to the personality and behaviour disorders of children, would be between 20% and 25%. Now, that closely approximates the incidence of mental illness in the general population. So in terms of actual mental illness, we have no direct evidence, but the indirect evidence suggests it is approximately the same.

A proper epidemiological study undertaken by Dr. Dan Offer and his associates at McMaster University of the population of children in Ontario indicated that approximately 20% were suffering from a diagnosable and treatable psychiatric disorder, ranging from behaviour disorder to attention deficit disorder, substance abuse, etc.

His team conducted a similar study of a sampling of native reserves in Ontario but the information has never been released. The chiefs of Ontario, I understand, are still sitting on it. No one wants to take responsibility for releasing this information. However, they did not sit on it as carefully as a duck would sit on her eggs because the information is leaking out. I read the entire transcript, which is supposed to be still secret.

The incidence of psychiatric and psychological distress in native children is the same. There's no statistical difference. I think it was 21% overall as opposed to 20% in the non-native population. However, I believe that's not for publication. It's gossip but it came to my ears from several very reliable sources.

[Traduction]

## TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 15 décembre 1994

• 0914

**Le vice-président (M. Jackson):** Je déclare la séance ouverte. Il aurait été préférable que je vous décrive brièvement ce que nous avions l'intention de faire. Nous sommes censés disposer de 30 minutes pour cette intervention. Comme nous sommes 15 minutes en retard, peut-être pourrions-nous essayer de gagner cinq minutes quelque part.

• 0915

Vous avez 10 minutes pour faire votre exposé et, ensuite, vous aurez 20 minutes pour répondre aux questions.

**D<sup>re</sup> Clare Brant (présidente, Native Mental Health Association of Canada):** Je vous signale tout d'abord les conclusions du Comité telles qu'elles ont été résumées dans la lettre de Nancy Hall m'invitant à témoigner devant votre comité.

Je tiens à dire que l'incidence de maladies mentales graves dans la communauté autochtone est à peu près comparable à celle qu'on trouve n'importe où ailleurs. Bien qu'aucune étude épidémiologique d'envergure n'ait été réalisée au Canada à ce sujet, Fahey et Menuchen en ont effectué une aux États-Unis il y a 30 ans. Selon ces chercheurs, l'incidence de troubles mentaux, depuis les grandes maladies mentales comme la schizophrénie jusqu'aux troubles de la personnalité et du comportement chez les enfants, serait de 20 p. 100 à 25 p. 100. Or, ce taux est à peu près le même que l'incidence de maladies mentales dans la population en général. Par conséquent, nous n'avons pas d'éléments probants directs, mais uniquement des preuves indirectes permettant de croire que l'incidence de maladies mentales chez les Autochtones est à peu près la même que dans la population en général.

Une étude épidémiologique appropriée effectuée par le docteur Dan Offer et ses associés à l'Université McMaster chez les enfants de l'Ontario indique qu'environ 20 p. 100 d'entre eux souffrent d'un désordre mental pouvant être diagnostiqué et traité, allant des troubles du comportement aux troubles déficitaires de l'attention, à la toxicomanie, etc.

L'équipe du docteur Offer a mené une étude similaire auprès d'un échantillon de réserves autochtones de l'Ontario, mais les données de cette étude n'ont jamais été publiées. Les chefs de l'Ontario, semble-t-il, sont encore en train de les couvrir. Personne ne veut prendre la responsabilité de les publier. Toutefois, les chefs ne les couvrent pas avec autant de soin qu'une cane couve ses oeufs, car il y a des fuites. J'ai lu le document en entier, qui est censé être encore secret.

L'incidence d'état de détresse psychiatrique et psychologique chez les enfants autochtones est la même que dans la population en général. On ne note aucune différence statistique. Je pense que le taux de fréquence était de 21 p. 100 pour l'ensemble des réserves comparé à 20 p. 100 pour la population non autochtone. Je crois toutefois qu'on n'a pas l'intention de publier ces données. Ce sont peut-être des racontars, mais c'est ce que j'ai entendu dire de plusieurs sources très fiables.

## [Text]

The incidence of major psychiatric disorders, such as schizophrenia and manic depressive psychosis, probably is the same. In 29 years of medical practice I have not found a case of Alzheimer's disease in a native. The epidemiologists will not let us say it does not exist because there are rules about speaking in such terms, but I have not found one.

Now, there was a study recently published by the Cree, who suggested in this document they had found one case of Alzheimer's disease in northern Quebec. If I were seeing this case, I would like to know the genealogy to see whether there was any non-Indian blood involved. I would also have the brain sent for autopsy to have it proved. You would think that if there's one case, there should be more. As reported in the literature to which I have access, there is no Alzheimer's disease.

Now, this is a major discovery, I think, because non-Indians should be very interested in why we don't get Alzheimer's disease and in the factors in our lifestyle that make it rare, if not unknown.

The very, very ill people, the suicidal people, seem to get treatment. The very, very ill people with schizophrenia, hallucinations, delusions, and erratic behaviour seem to get evacuated to the psychiatric hospitals and receive the appropriate treatment.

What is left and what is a continuing, ongoing, frightening, and at times mystifying problem are three issues. First, substance abuse is widespread. In one small survey we did of the James Bay zone, 47% of the adult population of one community of 1,400 were abusing alcohol, either through binge drinking in the previous month or through daily drinking. The incidence of alcoholism in the general population is about 4%. Among the native population it may be between 25% and 47%, and 47% was the highest we've ever found. The lowest percentage ever published in a small study found 25% were binge drinking or drinking on a daily basis. So substance abuse remains a main problem for us.

The second main problem is family and domestic violence, including the sexual abuse of children. In some areas this has been a dreadful problem. We have no statistics to prove that to you, and the incidence may be somewhat exaggerated because when one lives on an Indian reserve it's like living in a fishbowl. We have no secrets from each other. If people are abusing their families, it's obvious to everyone and it's well known to everyone. If my wife appeared with a black eye one morning, it wouldn't take very long for the community to know we'd had a row the night before. It wouldn't take very much investigating to find out who was responsible. So the actual incidents may be exaggerated because of the lack of confidentiality and the cheek-

## [Translation]

L'incidence de troubles psychiatriques importants, comme la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive, est probablement comparable à ce qu'elle est dans l'ensemble de la population. En 29 ans de pratique médicale, je n'ai vu aucun cas de maladie d'Alzheimer chez un Autochtone. Les épidémiologistes ne nous permettront pas de dire que cette maladie n'existe pas chez les Autochtones, car il y a des règles à respecter en ce qui concerne de telles affirmations, mais je n'ai trouvé aucun cas d'apparition de cette maladie.

Mais il y a eu une étude récente publiée par les Cris, qui signale un cas de maladie d'Alzheimer dans le nord du Québec. Pour plus de certitude, je vérifierais la généalogie de cette personne pour voir si elle n'avait pas eu un ancêtre qui n'était pas indien. J'envverrais aussi son cerveau à un laboratoire pour qu'il en fasse l'autopsie afin de prouver qu'il s'agissait bien de la maladie d'Alzheimer. On serait porté à croire que s'il y a eu un cas, il devrait y en avoir d'autres. Mais dans les ouvrages spécialisés auxquels j'ai accès, on ne rapporte aucun cas de maladie d'Alzheimer.

Effectivement, il s'agit d'une découverte importante, je crois, car les non-Indiens devraient attacher un très grand intérêt à la question de savoir pourquoi nous n'avons pas la maladie d'Alzheimer et quels sont les aspects de notre mode de vie qui font que cette maladie est rare, sinon inconnue.

Les personnes qui sont très malades, les suicidaires, semblent obtenir des soins. Celles qui souffrent de schizophrénie, celles qui ont des hallucinations, des états de délire et un comportement erratique sont envoyées dans les hôpitaux psychiatriques où elles reçoivent le traitement approprié.

Nous avons encore trois problèmes épouvantables, que nous ne réussissons pas à enrayer et qui nous rendent parfois perplexes. Je vous signale tout d'abord que la toxicomanie est très répandue. Au cours d'une enquête restreinte que nous avons effectuée dans la région de la Baie James, nous avons constaté que 47 p. 100 de la population adulte d'une localité de 1 400 habitants consommaient des boissons alcooliques de façon abusive: les sujets s'étaient soit saoulés plusieurs jours durant au cours du mois précédent soit buvaient régulièrement chaque jour. L'incidence d'alcoolisme dans la population en général est d'environ 4 p. 100. Chez la population autochtone, elle se situe entre 25 et 47 p. 100, l'incidence de 47 p. 100 étant la plus élevée que nous ayons trouvée. Les plus faibles pourcentages jamais publiés pour une étude restreinte étaient de 25 p. 100 de buveurs excessifs occasionnels ou de buveurs invétérés. Par conséquent, la toxicomanie demeure un problème de taille chez nous.

• 0920

Notre deuxième grand problème est la violence en milieu familial, y compris l'agression sexuelle d'enfants. Dans certaines régions, ce problème est fort inquiétant. Nous n'avons pas de statistiques pour vous le prouver, et l'incidence de ce problème est peut-être exagérée, car vivre dans une réserve indienne, c'est comme vivre dans un aquarium. On ne peut rien cacher aux autres. Il n'est pas long que tout le monde le sait quand quelqu'un agresse un membre de sa famille. Si une femme se présente avec un oeil au beurre noir un matin, toute la communauté en conclut très rapidement qu'elle a eue une raclée la nuit précédente. On n'a pas besoin d'une enquête très approfondie pour découvrir qui est le coupable. Il se peut donc



## [Texte]

by-jowl living arrangements we have. However, even if it is the same or less, it is a very important problem for us to address.

The third major area of distress is depression. We did another study when I was in James Bay, analysing and assessing all the people who came to our clinic. They were preselected from the population, mind you, because they were referred to our clinic in the first place. It was held one day a month in six communities, including Moose Factory and Moosonee.

We found 44% of those referred to us were suffering from severe grief reactions after the loss or death of a child, husband, partner, or parent to the point where they were disabled, unable to work or sleep, losing weight, having suicidal thoughts and ruminations, and thinking life was not worth living. They had become dysfunctional. Sometimes that was five and ten years after the original loss.

We had to look for a parallel study and we found one in St. Louis, Missouri, where an out-patient clinic was serving a similarly aged population in a suburb of St. Louis. The incidence of depression or grief reaction in that community was 19%. So the incidence of depression in our study was about 2.5 times what we'll call the general population.

The incidence of suicide, as well known through press reports, is very high in the native population. The highest statistic I saw was 64 suicides per 100,000 population in 1981, and that information comes from Statistics Canada. It has been reduced to about 43 per 100,000 population, I believe, through the action of the community hotlines, suicide lines and self-help groups that are operating on the reserves. I don't believe it's the result of any other intervention, and certainly not by my visiting as a psychiatrist.

The overall incidence of suicide in Canada generally remains stable at about 14 per 100,000 per year. So we're still at 2.5 to 3 times the incidence in the general population, and it's most likely to occur in the aged 15 to 25 group of young, unemployed, alcoholic native males.

Maybe I'll jump to something different. I have taken a clinical interest in the condition of shyness. A paper was published by Jerome Kagan in a journal called *Science* in 1988 called "The Biological Basis of Childhood Shyness", in which

## [Traduction]

que les événements soient quelquefois exagérés à cause du manque de confidentialité et de la promiscuité qui caractérise notre mode de vie. Mais, que les faits rapportés soient réels ou moindres, il reste qu'il s'agit là d'un très important problème qu'il nous faut régler.

Le troisième grand sujet d'inquiétude est la dépression. Nous avons fait une autre étude quand j'étais à la Baie James, au cours de laquelle nous avons analysé et évalué toutes les personnes qui se présentaient à notre clinique. L'échantillon n'était pas tout à fait représentatif, je vous le concède puisqu'il s'agissait de patients qui avaient été référés à notre clinique. Cette étude s'est poursuivie à raison d'une journée par mois dans six localités, y compris à Moose Factory et à Moosonee.

Nous avons constaté que 44 p. 100 des patients qui nous étaient référés parvenaient très mal à surmonter un chagrin qu'ils avaient subi à la suite de la perte ou du décès d'un enfant, d'un conjoint, d'un ami ou d'un parent. Ils étaient tellement atterrés qu'ils en étaient rendus au point d'être invalides, incapables de dormir ou de travailler, de perdre du poids, d'avoir des idées suicidaires et des idées fixes et de croire que la vie ne valait pas la peine d'être vécue. Ils en étaient devenus dysfonctionnels. Pour certains d'entre eux, il s'était écoulé cinq ans et même dix ans depuis la perte de l'être cher.

Il nous fallait trouver une étude parallèle, et nous en avons trouvée une à Saint Louis, au Missouri, qui avait été effectuée dans une clinique externe qui desservait une population d'âge similaire à la nôtre dans une banlieue de Saint Louis. L'incidence des cas de dépression ou d'incapacité à faire face à un deuil dans cette localité était de 19 p. 100. Par conséquent, l'incidence de dépression dans notre étude était environ 2,5 fois plus élevée que celle qu'on constate dans ce que nous appellerons la population en général.

L'incidence de cas de suicides, qui est bien connue grâce aux articles qui ont été publiés dans la presse, est très élevée chez la population autochtone. Les statistiques les plus impressionnantes qu'il m'a été donné de voir rapportaient 64 suicides pour 100 000 de population en 1981, et ces données proviennent de Statistique Canada. Ce taux a été ramené à environ 43 cas par 100 000 de population, je crois, grâce aux services d'écoute téléphonique communautaires, aux services d'appels de détresse mis à la disposition des suicidaires et aux groupes d'entraide qui sont en place dans les réserves. Je ne pense pas qu'une telle amélioration soit le résultat d'un autre type d'intervention, et certainement pas de mes visites comme psychiatre.

L'incidence globale des cas de suicide au Canada est demeurée généralement stable à quelque 14 cas par année pour 100 000 de population. La fréquence du suicide en milieu autochtone est donc encore de 2,5 à 3 fois supérieure à ce qu'elle est dans la population en général. Il faut dire aussi que le suicide est le plus susceptible de survenir chez les jeunes garçons de 15 à 25 ans, qui sont sans emploi, alcooliques et autochtones.

• 0925

Je vais toutefois passer à un sujet un peu différent. J'ai attaché un intérêt clinique à la timidité, caractéristique chez les Autochtones. En 1988, la revue *Science* a publié un article sous la plume de Jerome Kagan intitulé: «The Biological Basis of



## [Text]

he indicated that shyness occurs in about 15% of the general population. At the other end of the spectrum the children are bold, reckless, and curious. Shyness means an anxiety reaction to new situations in which sometimes people can become numb, immobile, mute, unable to function.

It is our contention—and this is going to be proposed as a research project under the auspices of the University of Western Ontario, and probably with McMaster, because they have the epidemiological computer hardware there to do the work...that we do a morbidity study on native adolescents for substance abuse and shyness. It is my theory that native adolescents use substances to treat their shyness. That is to say, a couple of bottles of beer or half a bottle of wine before going to a party will knock the top off a shyness reaction and they can dance up a storm. But of course after a few years of that the alcohol takes over and it has a life of its own. Our children start abusing alcohol at a very early age.

I have a vision, a dream, that shyness will be identified in native children as a kind of learning disorder and that extra classes will be taught in our public schools. The children will be easily identified by the teachers. Instead of getting remedial reading or remedial arithmetic, they will be given coping strategies for how to deal with shyness.

The shyness reaction goes away in about twenty minutes. The intensity of the reaction drops off to normal in about twenty minutes, and it is not necessary to head straight for the punch bowl when you go to a party, because one will calm down anyway. That's why I came twenty minutes early today.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Doctor, I hate saying the word "expediency", but we have a very compressed schedule this morning. Is the material you've brought written down?

**Dr. Brant:** Yes, I've already left a copy of this with your clerk. I will be sending her this in French as well.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Thank you. If you could just wrap it up...because you've been an excellent witness. You have a lot of insight into the subject-matter we're investigating. If you'll just round it off, I'll go to questions.

**Dr. Brant:** We have to solve these problems ourselves. These are our problems. They need local solutions. The solutions for one group or band or tribe are going to be different from the solutions for another.

## [Translation]

Childhood Shyness», dans lequel l'auteur mentionnait qu'environ 15 p. 100 de la population en général souffrait de timidité. À l'autre bout du spectre, les enfants sont audacieux, téméraires et curieux. Cette timidité est une réaction anxiogène qui se manifeste lorsque le sujet est placé devant une nouvelle situation et qui l'amène parfois à devenir complètement paralysé, incapable de bouger, de parler et de fonctionner normalement.

Nous prétendons qu'il y a un lien entre la toxicomanie et la timidité—et nous allons proposer d'en faire l'objet d'un projet de recherche à l'Université Western Ontario, probablement en collaboration avec l'Université McMaster, car elle possède les supports informatiques voulus en épidémiologie pour faire ce travail. Nous avons l'intention de faire effectuer une étude de morbidité chez les adolescents autochtones pour déceler les liens entre la toxicomanie et la timidité, car j'ai l'impression que les adolescents autochtones consomment de l'alcool et des stupéfiants pour surmonter leur timidité. Autrement dit, ils prennent quelques bouteilles de bière ou une demi-bouteille de vin avant de se rendre à une soirée pour bloquer leur manifestation de timidité et, ensuite, ils peuvent danser jusqu'à épuisement. Mais évidemment, au bout de quelques années, l'alcoolisme prend le dessus et devient une fin en soi. Nos enfants commencent à abuser des boissons alcooliques à un âge très précoce.

Je rêve parfois du moment où la timidité sera reconnue chez les enfants autochtones comme une forme de trouble d'apprentissage et qu'on donnera des cours d'appoint dans les écoles publiques pour vaincre la timidité. Les enfants timides seront facilement repérés par les professeurs. Au lieu de leur donner des cours de récupération en lecture ou en arithmétique, on leur enseignera des moyens pour surmonter leur timidité.

Il faut environ 20 minutes pour supprimer une réaction de timidité. L'intensité de la réaction diminue graduellement pour atteindre le point normal au bout d'une vingtaine de minutes, et l'individu n'a plus besoin de se diriger tout droit vers le bol de punch quand il sera à une soirée, car il sait qu'il va revenir au calme de toute façon. C'est pourquoi je suis arrivé 20 minutes plus tôt aujourd'hui.

**Le vice-président (M. Jackson):** Docteur, je répugne à vous demander d'accélérer, mais nous avons un horaire très chargé ce matin. Avez-vous mis sur papier les idées que vous avez à nous transmettre?

**D<sup>re</sup> Brant:** Oui, j'en ai déjà laissé une copie à votre greffière. Je vais lui envoyer un exemplaire en français également.

**Le vice-président (M. Jackson):** Merci. Si vous pouviez tout simplement conclure...car vous avez été un excellent témoin. Vous soulevez énormément de points intéressants au sujet de la question qui est à l'étude à notre comité. Si vous pouviez tout simplement conclure, après quoi nous passerions aux questions.

**D<sup>re</sup> Brant:** Nous devons régler ces problèmes nous-mêmes. Ce sont nos problèmes. Il faut des solutions locales pour les régler. Les solutions qui s'appliquent à un groupe, ou à une bande ou à une tribu ne sont pas forcément les mêmes que celles qui s'appliquent à un autre.

[Texte]

We have to have concerned citizens within the community. What I have been doing is acting as a cheerleader to the community: you can do it, you can do it. The principle of individual psychotherapy is that the answer to a person's conflicts and torment lies within their own mind, and it is the same with the community: the answer to the conflicts and the torment lies within the community.

However, there is a passive angry stance that the white man got us into this mess and he can bloody well get us out of it. So there is some resistance to accepting not only responsibility but ownership of the problem. As soon as that happens, a solution is found. As soon as it happens, a solution is found. But this resistance can be enormous.

I left Moose Factory under unfavourable circumstances because after thirteen years I spoke to a joint meeting of the chiefs of these seven communities. I said, over the past thirteen years when my colleagues and I have got manic depressives and schizophrenics under treatment, we have had the courts lock away your psychopaths, and what remains is family violence. These women were coming to me and telling me that they were depressed because they were being beaten on the weekend.

• 0930

The chiefs sat there in a room much like this one and said no, no that's not true. You must be seeing a skewed sample or something like that. Well, we got into an acrimonious debate.

I said, I have hundreds of case-books, but they are confidential and I couldn't show them. There are hundreds of X-ray plates of broken bones and reports in the emergency department, which are also confidential and not for their eyes, which could be shown or subpoenaed to tell you that this is the case. They said no, no, we would never do such a thing.

I was removed from that position. I was reassigned three months later, and it was my fault because I went about it the wrong way. I actually got a little burned out in that position because there was too much work to do. They need two psychiatrists. . .they need a mental health care coordinator there all the time.

I was reassigned by the university without my having even requested to be reassigned. So one is dealing with resistance and denial. It came to me by gossip that one of the chiefs was guilty of domestic violence and therefore was not keen to have this open sore pulled apart again.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** We will start with the questions. Madame Picard.

**Mme Picard (Drummond):** Voulez-vous faire un tour avant de me revenir, s'il vous plaît?

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Okay, Doctor.

**Mr. Hill (Macleod):** Thank you very much. You said, Doctor, that the solutions must come from within the Indian community, and I note you use the word "Indian". That's something that the white society has trouble with, native, first nations, all these things.

[Traduction]

Nous devons responsabiliser les gens au sein de la communauté. Pour ma part, je me contente de les stimuler et de leur faire prendre conscience de leurs capacités. Le principe de la psychothérapie individuelle exige que la personne résolve elle-même les conflits et les problèmes qui l'habitent. C'est la même chose pour la communauté: elle doit trouver elle-même la solution à ses conflits et ses problèmes.

Il y a toutefois un sentiment d'agressivité bien ancré qui fait dire aux gens que c'est l'homme blanc qui nous a placés dans ce borborygme et que c'est à lui qu'il incombe de nous en sortir. C'est pourquoi on rencontre chez eux une certaine résistance à accepter non seulement la responsabilité mais la paternité du problème. Dès qu'on atteint ce stade, on trouve vite la solution. Mais cette résistance peut être énorme.

J'ai quitté Moose Factory dans des circonstances malheureuses parce que c'est seulement après 13 ans que j'ai osé parler aux chefs de ces sept communautés qui étaient réunis dans une assemblée conjointe. Je leur ai dit qu'au cours des 13 années où mes collègues et moi-même allions traiter des maniaques-dépressifs et des schizophrènes, les tribunaux enfermaient les psychopathes, et la communauté restait avec ses problèmes de violence familiale. Ces femmes venaient me voir pour me dire qu'elles étaient déprimées parce qu'elles étaient battues pendant la fin de semaine.

Les chefs étaient assis dans une pièce à peu près comme celle-ci et disaient non, non ce n'est pas vrai. Votre échantillon doit être mauvais ou quelque chose comme ça. Je vous assure que la discussion avait été houleuse.

J'ai dit: j'ai des centaines de cas en dossiers, mais ils sont confidentiels et je ne peux vous les montrer. Il y a des centaines de radiographies d'os brisés et des centaines de rapports au département de l'urgence, qui sont également confidentiels et qui ne peuvent être divulgués, et que je ne pourrais vous montrer que par un ordre du tribunal. Ils ont nié le fait en me disant qu'ils ne feraient jamais rien de tel.

J'ai perdu mon poste. On m'a réaffectée trois mois plus tard, et c'est de ma faute parce que je m'y suis mal prise. J'ai fini par m'épuiser en faisant ce travail car la tâche était trop lourde. On a besoin de deux psychiatres. . . il faut un coordonnateur des soins de santé mentale en tout temps.

L'université m'a réaffectée sans même que je l'aie demandé. Il faut être prêt à faire face à la résistance et au refus de reconnaître le problème. J'ai entendu dire par hasard que l'un des chefs faisait acte de brutalité envers les membres de sa famille et que par conséquent il n'était pas trop disposé à ce qu'on ressasse cette question.

**Le vice-président (M. Jackson):** Nous allons commencer les questions. Madame Picard.

**Mrs. Picard (Drummond):** Would you have others go ahead before coming back to me, if you please?

**Le vice-président (M. Jackson):** Très bien, docteur.

**M. Hill (Macleod):** Merci beaucoup. Vous avez dit, docteur, que les solutions doivent venir de la communauté indienne, et je note que vous utilisez le mot «Indien». C'est un mot que la société blanche n'ose pas employer avec les Autochtones, les citoyens des Premières Nations, etc.



## [Text]

## [Translation]

**Dr. Brant:** I hope nobody's offended by that term. It's one that I grew up with. There are terms that come in and out of fashion, aboriginal person, first nations, etc. I think the official politically correct term is first nations person right now.

**Mr. Hill:** But you use Indian. May I?

**Dr. Brant:** You may.

**Mr. Hill:** When you say the solutions come from within the community, does that mean the practitioners ideally should be Indians?

**Dr. Brant:** No. If you wait that long for the practitioners to become Indians, they're going to wait too long. There have to be local committees, health committees, women's advocacy committees, anti-violence committees, women's shelters being built so that battering women can escape the clutches. . .

**Mr. Hill:** Okay.

**Dr. Brant:** I think you have to believe that the individual communities know what their problems are and trust their suggested solution. Now, there'll be some errors made in that kind of provision of resources.

Some resources will be squandered, but the only way we will get to the root of the problems is to have the local people get through their anger and denial. There are a number of training institutions. I understand that Bill Mussell will eventually be called as a witness. He is presently chairman of the Native Mental Health Association. We split it up, and I'm the treasurer. He's the program chairman and I'm the finance chairman. He'll be coming.

This past year, in September, we had a three-day meeting of the Native Mental Health Association of Canada here in Ottawa. It was called Mobilization of Community Resources. There were eight community programs, and the people who were running them described them in detail and we had a scribe record them. They're going to be published.

I was hoping to be able to bring them today, but it's still in the process of being bandied about and corrected and it'll have to go to the printer. If you call Bill Mussell after your recess, he will have that available. We will give him written permission from the board of the Native Mental Health Association to speak on our behalf about what programs—to address those three main issues I mentioned—have been instituted in native communities across Canada, their outcome and their implementation. They're remarkably inexpensive.

**Mr. Hill:** I missed the statistics for natives with shyness. You said general population 15%.

**D<sup>re</sup> Brant:** J'espère que personne ne s'offusque de ce terme. Je l'emploie depuis mon enfance. Il y a des termes comme ça qui deviennent à la mode et qui deviennent désuets, comme les mots Autochtones, Premières Nations, etc. Je pense que le terme officiel qui est politiquement correct à l'heure actuelle est «personne des Premières Nations».

**M. Hill:** Et vous utilisez le mot Indien. Puis-je le faire moi aussi?

**D<sup>re</sup> Brant:** Faites donc.

**M. Hill:** Quand vous dites que les solutions doivent venir de la communauté, voulez-vous dire qu'idéalement, les professionnels devraient être des Indiens?

**D<sup>re</sup> Brant:** Non. Ce serait trop long avant que les professionnels puissent être des Indiens. Il doit y avoir des comités locaux, des comités sur les services de santé, des comités de défense des droits des femmes, des comités de lutte contre la violence; il faut construire des refuges pour que les femmes battues puissent échapper aux griffes..

**M. Hill:** Très bien.

**D<sup>re</sup> Brant:** Je pense que l'on doit se fier aux collectivités, et croire qu'elles connaissent leurs problèmes et méritent qu'on leur fasse confiance pour les solutions qu'elles adopteront. Évidemment, il y aura des erreurs dans l'utilisation des ressources.

Il y aura parfois du gaspillage, mais le seul moyen de nous attaquer à la racine du problème consiste à permettre aux gens sur place de se débarrasser de leur agressivité et de reconnaître leurs problèmes. Il y a un certain nombre d'établissements de formation. Sauf erreur, Bill Mussell sera éventuellement appelé à comparaître devant votre comité. Il préside actuellement l'Association pour la santé mentale des Autochtones du Canada. Nous nous répartissons les tâches, et je suis la trésorière de l'Association. Il s'occupe des activités et je m'occupe des finances. Il viendra témoigner bientôt.

Au cours de la dernière année, en septembre, nous avons eu, ici même à Ottawa, une réunion de l'Association pour la santé mentale des Autochtones du Canada, qui a duré trois jours. Elle a été convoquée sous le thème de la Mobilisation des ressources communautaires. Il y avait huit programmes communautaires, que les animateurs ont décrit en détail, et quelqu'un s'est chargé du compte rendu. Celui-ci sera d'ailleurs publié.

J'espérais pouvoir vous en apporter un exemplaire aujourd'hui, mais on est encore en train d'en discuter et de le réviser et il devra ensuite aller à l'imprimeur. Si vous convoquez Bill Mussell après votre congé, il pourra vous en fournir une copie. Le conseil d'administration de notre association lui donnera la permission écrite de vous faire rapport en notre nom des programmes qui ont été mis en place dans les collectivités autochtones du Canada, de leurs résultats et de la façon dont ils ont été mis en oeuvre. À ce propos, il vous parlera aussi des trois problèmes principaux que j'ai mentionnés. Les coûts de ces programmes sont vraiment minimes.

**M. Hill:** Je n'ai pas porté attention aux statistiques dont vous avez parlé au sujet de la timidité chez les Autochtones. Vous avez dit que l'incidence de timidité était de 15 p. 100 dans la population en général.



[Texte]

**Dr. Brant:** I didn't say because we haven't measured it. I think it approaches 85%.

**Mr. Hill:** Okay.

**Dr. Brant:** I think it does. We have lived in a closed community for so many years that the bold, reckless and curious members leave. They can't stand the boredom or monotony of an Indian reserve. They go off for adventure. They have a high incidence of death by misadventure, by falling off the high steel, motorcycle accidents and bungee jumping.

They also do interesting things like marry blondes and redheads who refuse to come home to the reserve system and raise their families, so there's a continuous draining away of their genetic material. Meanwhile, the shy 15%, which may have been originally, stay home and breed more shy people.

You are always getting on to thin ice when you start talking about inherent personality characteristics, but I think the reality is that geneticists in the last 15 years have demonstrated to us that many personality characteristics, particularly the anxious personality, run in families; it's not a direct genetic link-up.

Schizophrenia obviously has a genetic influence, etc. This is not a personality trait. It's a physiological response of hyper-arousal in unfamiliar situations.

**Mr. Hill:** You mentioned that the unemployed native male between 15 and 25 years of age is the common suicide victim. Are they usually committing suicide with firearms?

**Dr. Brant:** Men have a tendency to use violent and non-reversible methods of attempting and committing suicide and women have a tendency to use poisons.

**Mr. Hill:** Is there a firearms spike in that statistic?

**Dr. Brant:** Yes. It's very interesting that at Caughnawaga there were eight suicides previous to the year of the Oka crisis. The year of and following the Oka crisis there were none. The anger and the frustration and the rage, when it is directed outwards, is not turned back on the self.

**Mme Picard:** Moi aussi, c'est la même chose. Je voulais parler de la timidité.

**Mr. Patry (Pierrefonds—Dollard):** Dr. Brant, you're a medical psychiatrist and you are still practising in private. How do you treat your patients? You speak of schizophrenia and also manic depression. Do you treat them with modern medicine, with medication, or do you treat them the way the Mohawk used to do or with holistic medicine?

**Dr. Brant:** I'm not trained as a medicine man. That unfortunately is a 30-year apprenticeship and medical school is only 4 years, so it's much more expedient to go to medical school than it is to take training as a medicine man.

[Traduction]

**Dr<sup>e</sup> Brant:** Je n'ai mentionné aucun chiffre en ce qui concerne les Autochtones, car nous n'avons pas mesuré ce facteur. Je pense que l'incidence de timidité se situerait aux environs de 85 p. 100.

**M. Hill:** Très bien.

**Dr<sup>e</sup> Brant:** Je pense que c'est à peu près ce pourcentage. Nous vivons dans un milieu fermé depuis tellement longtemps que les audacieux, les téméraires et les curieux s'en vont. Ils ne peuvent supporter l'ennui ou la monotonie d'une réserve indienne. Ils partent à l'aventure. Ils ont une haute incidence de décès par mésaventure, en tombant en bas des hautes charpentes métalliques, ou en étant victimes d'accidents de motocyclette ou en faisant un saut à l'élastique.

Ils ont aussi d'autres activités intéressantes comme épouser des blondes et des rousses qui refusent de venir vivre dans la réserve et d'y élever leurs familles. Il y a donc un exode continu de notre matériel génétique. Entretemps, les 15 p. 100 de timides qu'ils devaient être au début, restent dans les réserves et donnent naissance à d'autres enfants timides.

On se lance toujours en terrain fragile quand on commence à parler de traits de personnalité innés, mais ce qu'il faut retenir à mon avis, c'est que les généticiens nous ont prouvé, au cours des 15 dernières années, que de nombreux traits de personnalité qu'on croyait innés, en particulier les comportements anxiogènes, se développent au sein des familles et n'ont aucun lien génétique direct.

Évidemment, la schizophrénie, par exemple, a une origine génétique. Ce n'est pas un trait de personnalité. C'est une réaction physiologique d'hyperactivation du cortex cérébral dans des situations non familières.

**M. Hill:** Vous avez mentionné que le suicidaire caractéristique était le jeune chômeur autochtone de 15 à 25 ans. Ces jeunes se suicident-ils habituellement à l'aide d'armes à feu?

**Dr<sup>e</sup> Brant:** Les hommes ont tendance à utiliser des méthodes violentes et non réversibles lorsqu'ils veulent se suicider, tandis que les femmes ont tendance à recourir au poison.

**M. Hill:** Y a-t-il une pointe concernant les armes à feu dans cette statistique?

**Dr<sup>e</sup> Brant:** Oui. Il est très intéressant de constater qu'à Caughnawaga, il y a eu huit suicides durant l'année qui a précédé la crise d'Oka. Depuis cette crise, il n'y en a pas eu. Quand l'agressivité, la frustration et la rage sont dirigées vers l'extérieur, elles ne le sont pas contre l'individu lui-même.

**Mrs. Picard:** I too wanted to talk about the same subject. I wanted to talk about shyness.

**M. Patry (Pierrefonds—Dollard):** Docteur Brant, vous êtes psychiatre et vous pratiquez encore en clinique privée. Comment traitez-vous vos patients? Vous avez parlé de schizophrénie et de psychose maniaco-dépressive. Traitez-vous ces maladies avec des thérapies modernes, avec des médicaments, les traitez-vous à la façon dont les Mohawks le font ou à l'aide de la médecine holistique?

**Dr<sup>e</sup> Brant:** Je n'ai pas reçu la formation de guérisseur. Malheureusement, il faut trente ans pour apprendre le métier de guérisseur, et les études de médecine ne durent que quatre ans. Par conséquent, il est beaucoup plus rapide de passer par la faculté de médecine que d'apprendre le métier de guérisseur.

## [Text]

The pharmacology of the treatment of native people has to be done very slowly and very cautiously because we do not tolerate medications very well. We have a tendency to get very bad side effects very quickly and then escape the doctor by escaping treatment and dropping out of treatment and disappearing.

Native people have their own creation, mythology. We have our own set of myths, but the reality is we came from Mongolia across the Bering Strait about 40,000 years ago and we share common physiological characteristics with the Mongolian race. This has also been confirmed by genetic fingerprinting.

I was speaking to a Japanese psychiatrist and she said things were much the same in Japan. You go very carefully with medications. You can use them and you can use them in the same dosage, but it may take you a month instead of a week to get to that dosage.

As far as the other kinds of treatment are concerned, native people love dream interpretations or dream guessing, because the Iroquois medicine men practised dream guessing 10,000 years before Freud. Freud had a certain method of doing it. The Iroquois dream guessers who still practise have another method, but the purpose of both methods is to make unconscious motivations, drives and wishes conscious. Essentially it is the same. I practise Anglo-European psychiatry because that's all I know.

**Mr. Culbert (Carleton—Charlotte):** Dr. Brant, one very quick question. In our conversations at this committee level in this particular study of taking on the mental health study in the aboriginal nations across the country, the question arose in a couple of our meetings from the perspective of the welcomeness of this committee and of the study by the aboriginal communities themselves. From your expert experience, could you comment on that, please?

**Dr. Brant:** Could you just summarize that? I think I missed the point.

**Mr. Culbert:** As I say, in our conversations at this committee there was some question that was brought forward as to the welcome of the study that this committee is taking on regarding the mental health of our aboriginal communities. In your expert opinion, would that type of study that we are carrying out be welcomed by the communities themselves?

**Dr. Brant:** I would think so, because you have been listening. Instead of interviewing professors of psychiatry from McGill or wherever, you have been interviewing native people: what are your problems and what do you think should be done about them? You have compiled this. This is representative of the information you are compiling. It's accurate and you're on the right track.

The word will go out that this is a committee that is listening instead of dictating, instead of deciding what our problems are and what the solutions ought to be. That has always been a problem for us. We have a hostile dependency on

## [Translation]

Pour traiter les autochtones avec des médicaments, il faut y aller très lentement et très prudemment, car nous ne tolérons pas les médicaments très bien. Nous avons tendance à éprouver très rapidement des effets secondaires désagréables et à nous tenir loin des médecins en renonçant au traitement qu'ils nous donnent et en disparaissant.

Les autochtones ont leur propre cosmogonie, leur propre mythologie. Nous avons des mythes qui nous sont propres, car en réalité, nous sommes venus de Mongolie par le détroit de Béring il y a environ 40 000 ans. C'est pourquoi nous avons des traits physiologiques communs avec les races mongoliennes. Cette caractéristique a également été confirmée à l'aide des empreintes digitales.

En discutant avec une psychiatre japonaise, j'ai appris que c'était la même chose au Japon. Il faut y aller très prudemment avec les médicaments. On peut utiliser la même posologie, mais il faut parfois un mois au lieu d'une semaine pour s'habituer au médicament.

En ce qui concerne les autres genres de traitements, les autochtones aiment interpréter les rêves car les guérisseurs iroquois interprétaient les rêves 10 000 ans avant Freud. Freud a sa méthode propre, et les guérisseurs iroquois ont la leur, le but des deux méthodes est de faire prendre conscience aux individus de leurs motivations, de leurs pulsions et de leurs désirs inconscients. Essentiellement, les deux méthodes reviennent au même. Je pratique la psychiatrie anglo-européenne, parce que c'est celle dans laquelle j'ai été formée.

**M. Culbert (Carleton—Charlotte):** Docteur Brant, j'aurais une question très brève. Dans les conversations que nous avons eues au niveau du Comité au sujet de l'étude que nous poursuivons sur la santé mentale des autochtones du Canada, on nous a posé à quelques reprises au cours de nos réunions la question de savoir si cette étude était bienvenue ou si elle devrait être effectuée par les collectivités autochtones elles-mêmes. En vous fondant sur votre expérience de spécialiste, pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez, s'il vous plaît?

**D<sup>re</sup> Brant:** Pourriez-vous résumer? Je crois que je n'ai pas compris.

**M. Culbert:** Dans les discussions que nous avons eues dans le cadre de ce Comité, il a été question de l'opportunité d'une telle étude par le Comité sur la santé mentale de nos communautés autochtones. En tant qu'expert, estimez-vous que l'étude que nous faisons est bien accueillie par les communautés elles-mêmes?

**D<sup>re</sup> Brant:** Je crois que oui parce que vous avez su écouter. Au lieu d'interroger des professeurs de psychiatrie de McGill et d'ailleurs, vous avez interrogé des Autochtones pour leur demander quels étaient leurs problèmes et qu'est-ce qu'il faudrait faire, à leur avis, pour y remédier? Vous avez compilé cela. Et c'est représentatif de l'information que vous compilez. C'est exact et vous êtes sur la bonne voie.

Le bruit se répandra que ce Comité écoute au lieu de dicter, au lieu de décider quels sont nos problèmes et quelles solutions y apporter. Cela a toujours été difficile pour nous. Notre dépendance envers Ottawa est entachée d'hostilité. Nous



[Texte]

Ottawa. We see Ottawa as being the answer yet the cause of our problems, and any edict or any advice that comes from Ottawa is regarded with great suspicion as another form of colonial imperialism. I hope those words are not too strong, but I think they reflect the attitudes of many Indians on Indian reserves about Ottawa. You've ruined us. You've ruined our lives, and now you must do something about it. Now, to turn that all around and say, yes, they did, but they don't know what to do about it, they don't know how to fix it, and they're trying to find out—We just need to co-operate by telling them what it is they need to do or not do. Give us the tools and we will finish the job.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** I'm trying to cut off this whole deliberation at a quarter to the hour. We will listen to the next witness for 15 minutes, and we'll come back for questions after the vote.

**Mrs. Ur (Lambton—Middlesex):** In relation to your last statement, "give us the tools and we'll do it ourselves", could you define tools?

**Dr. Brant:** First of all, believe us. Give us credibility in our own communities. Perhaps you don't have that to give. But allocate the resources towards self-help motivation within the community to reduce the incidence of these problems. Do not hire an epidemiologist or an expert in Anglo-European psychiatry to impose their theoretical solutions upon our practical problems. It's not necessarily more funding, but we may be asking for reallocation of funding. Ottawa finds it very, very difficult to reallocate funding, and it makes it almost impossible for us to do it ourselves.

If funding goes to a certain program, even though it isn't necessary or wanted, it's there, and it usually is asked for and taken advantage of. We've got an assistant human resources commissioner on our 2,700-member reserve. That's an assistant personnel officer, and there are only three or four jobs posted per year. Why do they need to have an assistant personnel manager? It's ridiculous. But because the Department of Indian Affairs says that we are entitled to such, then \$25,000 or \$30,000 is allocated for that purpose and it is acquired by our band because "we might as well have it" is the statement. The money is there. We might as well make use of it, with no consultation with our band. What we need is a recreation centre. We don't need more band office staff. We need a recreation centre because our children don't have anything to do, and the devil puts a beer bottle in an idle hand.

**Mrs. Ur:** Would there not be a resource there to which you could express those same concerns, like Mr. Irwin's office? I'm pleased to see that you recognize that there are positions out there, whether it be people positions, or programs that are not running efficiently, where the said money could be allocated to better resources.

[Traduction]

estimons qu'Ottawa constitue la réponse à nos problèmes mais en est aussi la cause. Tout décret ou tout conseil qui vient d'Ottawa est considéré avec énormément de suspicion et est jugé comme une autre forme d'impérialisme colonial. J'espère que ces mots ne sont pas trop forts, mais il me semble qu'ils traduisent l'attitude de nombreux Indiens des réserves au sujet d'Ottawa. Vous nous avez ruinés. Vous avez détruit nos vies et maintenant vous devez essayer de faire quelque chose pour remédier à cette situation. Pour inverser les choses, il faut bien admettre que cela a bien eu lieu, mais on ne sait pas ce qu'il faut faire, on ne sait pas comment réparer les dégâts, et on essaie de trouver. . . Il suffit qu'il y ait collaboration et qu'on puisse dire ce que les responsables doivent faire ou ne pas faire. Donnez-nous les outils et nous finirons le travail.

**Le vice-président (M. Jackson):** Je vais essayer de mettre un terme à ce débat à moins le quart. Nous écouterons ensuite le témoin suivant pendant 15 minutes et nous reviendrons pour les questions après le vote.

**Mme Ur (Lambton—Middlesex):** Vous venez de dire: «Donnez-nous les outils et nous ferons le travail»; pouvez-vous nous dire quels sont ces outils?

**Dre Brant:** Tout d'abord, il faut nous croire; nous valider dans nos propres communautés. Ce n'est peut-être pas quelque chose que vous pouvez nous donner. Mais il faut accorder les ressources pour susciter une certaine motivation qui porte à l'entraide dans la communauté afin de réduire la fréquence de ces problèmes. Ils ne faut pas engager un épidémiologiste ou un expert en psychiatrie anglo-européenne qui vienne imposer ses solutions théoriques à nos problèmes pratiques. Nous ne demandons pas nécessairement un financement supplémentaire, mais nous pourrions demander une réaffectation des fonds. Ottawa estime très difficile de réallouer les fonds, et pour notre part, il nous est à peu près impossible de le faire.

Si le financement est destiné à un certain programme, même si cet argent n'est ni nécessaire ni voulu, il est là et on le demande en général pour en tirer profit. Nous avons dans notre réserve de 2 700 personnes un commissaire adjoint aux ressources humaines. C'est un agent du personnel adjoint et il n'y a que trois ou quatre emplois qui sont comblés chaque année. Pourquoi faut-il un directeur adjoint du personnel? C'est ridicule. Mais parce que le ministère des Affaires indiennes dit qu'on y a droit, il y a 25 000\$ ou 30 000\$ qui sont consacrés à cela et la bande l'accepte car, comme on dit: «Autant en profiter». L'argent est là. Autant l'utiliser sans consulter notre bande. Ce dont nous avons besoin, c'est d'un centre de loisirs. Nous n'avons pas besoin de personnel supplémentaire pour le bureau de la bande. Il nous faut un centre de loisirs car nos enfants n'ont rien à faire et on sait que le diable a vite fait de placer une bouteille de bière entre les mains des oisifs.

**Mme Ur:** N'y a-t-il pas une autre ressource vers laquelle vous tourner pour exprimer ces mêmes inquiétudes, comme par exemple le bureau de M. Irwin? Je suis heureuse de voir que vous admettez qu'il y a des postes, qu'il s'agisse d'emplois ou de programmes, où l'on manque d'efficacité et que l'argent qui leur est consacré pourrait être affecté à de meilleures ressources.



[Text]

[Translation]

● 0945

**Dr. Brant:** That's right. But Mr. Irwin's ministry seems to be obsessed with parity. If he gives something to one reserve, it has to be done for every reserve. I have seen with my own eyes Canon colour photocopiers unboxed and uncrated in little reserve band offices in the north. What are they doing there? Nobody asked for one. Nobody really wants it, but it was there, so we might as well have it. What are you going to do with it? Well, nobody knows how to operate it, so it remains in its crate, sitting there being walked around.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** I'm going to be heavy-handed and cut the debate.

Thank you very much, Dr. Brant. I'm sorry that we didn't have a little more time to listen to you. You are obviously coming at this from a different approach, which is exactly how we have to solve some of our problems. You've had a nice career, coming through the political system, so I think you're aware of the political pitfalls. I notice you're trying to get us out of that dilemma, saying that we have to try a different technique and not be politically correct, because when you allocate just to be even-handed, you're really not solving the problem. Those are the kinds of answers we'd like to hear. Thank you very much for your presentation.

We'll have a quick change-over and listen to the presentation by Andrea Cook. It would be appreciated if you'd write your questions down. We can ask them when we come back after the vote. There should be a 15-minute bell. It'll start at 10 a.m. We'll quit approximately five after so we can go to the vote.

Andrea, if you want to proceed, please.

**Ms Andrea Cook (Manager, Mental Health Program, Akwesasne First Nation Health and Social Services Facility):** I'd like to thank all of the members for inviting us here today. I'm honoured to have the opportunity to address the committee on health.

My name is Andrea Cook. I have a masters degree in marriage, family and child therapy. I'm a program manager for the Akwesasne addiction prevention program and the community counselling program on our reserve. Both of these programs are sponsored by Health Canada.

I am from Akwesasne, the land of the border nightmare, where families are divided by countries, politics, economy, value and culture. The division among our people leads us to the use of drugs, to violence and suicide. We are orphans on our own land. I say this because when you listen to an orphan talk, they feel as if there's a piece missing from their lives. They're looking for roots, where they came from and who they are.

We have many elders who were raised in residential schools who now have raised their own families. These elders have had their language, their culture and identity taken away from them. We now have generations of families who have no culture,

**D<sup>re</sup> Brant:** C'est exact. Mais le ministère de M. Irwin semble obsédé par l'équité. S'il donne quelque chose à une réserve, il faut qu'il en donne autant à toutes les réserves. J'ai vu de mes propres yeux qu'on descendait des palettes et qu'on sortait de leurs boîtes des photocopieurs couleur Canon dans les bureaux des bandes de petites réserves du Nord. Que font-ils là? Personne ne les a demandés. Personne ne les veut vraiment, mais ils sont là, autant en profiter. Que va-t-on en faire? Ma foi, personne ne sait les faire marcher, ils restent donc sur leurs socles et on les contourne.

**Le vice-président (M. Jackson):** Je vais être ferme et mettre un terme au débat.

Merci beaucoup, docteur Brant. Je regrette que nous ne disposions pas de davantage de temps pour vous écouter. Vous voyez certainement les choses sous un autre angle et c'est exactement de cette façon que nous devons résoudre certains de nos problèmes. Vous avez fait une belle carrière en passant par la politique dont vous connaissez je crois les écueils. Je constate que vous essayez de nous sortir de notre dilemme en disant qu'il faut essayer une autre technique, qu'il faut oublier la rectitude politique, car lorsqu'on accorde quelque chose seulement par souci d'équité, on ne résout pas les problèmes. C'est le genre de réponses que nous aimerions entendre. Merci beaucoup pour votre exposé.

Nous allons procéder à un changement rapide de témoins pour écouter l'exposé d'Andrea Cook. Je vous demanderais de mettre par écrit vos questions. Nous pourrions les poser lorsque nous reviendrons après le vote. La cloche devrait retentir pendant 15 minutes. Elle va commencer à 10 heures. Nous finirons à 10h05 environ pour pouvoir aller voter.

Andrea, voulez-vous commencer?

**Mme Andrea Cook (directrice, Programme de santé mentale, Centre autochtone de services médicaux et sociaux d'Akwesasne):** Je remercie tous les membres du comité qui nous ont invités à comparaître aujourd'hui. Je suis honorée de prendre la parole devant le Comité de la santé.

Je m'appelle Andrea Cook. J'ai une maîtrise en thérapie conjugale, familiale et infantile. Je suis directrice de programme pour le programme de prévention de la toxicomanie d'Akwesasne et le programme de counselling communautaire de notre réserve. Ces deux programmes sont financés par Santé Canada.

Je viens d'Akwesasne, le territoire des cauchemars frontaliers, où des familles sont séparées par des pays, par la politique, par l'économie, par les valeurs et la culture. Cette séparation des membres de nos familles nous pousse à la toxicomanie, à la violence et au suicide. Nous sommes des orphelins sur notre propre terre. J'utilise cette analogie parce que lorsqu'on parle aux orphelins, on a l'impression qu'il y a un élément manquant dans leur vie. Ils recherchent leurs racines, leur origine et leur identité.

Bon nombre de nos anciens ont été éduqués dans des pensionnats avant d'élever leur propre famille. On a enlevé à ces anciens leur langue, leur culture et leur identité. Nous avons maintenant des générations de familles sans culture, sans

## [Texte]

identity or values of their own because of the elders not knowing what to teach. They have no self-esteem because they don't know who they are. They lack parenting skills. They have been taught that they aren't good, so their children learn the same thing. History isn't in the classrooms so they may know their roots. Like orphans, they're always searching.

Through our counselling program we have given our people the opportunity to be heard. They are listened to. Their opinions are valued. Their frustration and resentments are understood. They have many resentments towards governments, towards non-natives, towards each other. They mistrust everyone. Their way of coping has been through drugs and alcohol, and this too has become generational.

The counselling program has offered alternatives, but here, too, it has been difficult. We are asking the people who come in for counselling to trust and talk to non-natives, who have always been the enemy to them. The counselling program began as a crisis intervention and has evolved into an out-patient counselling centre. It's located in a new health facility on our reserve in the basement under the stairs. These offices afford us no windows. Consequently our people, who culturally do not maintain eye contact, have difficulty finding a focal point during distress. We usually see them leaving the room or going outside during an emotional time. This is a reality problem that western educated, administrative minds cannot understand.

Members of our community as a whole have low self-esteem and are constantly trying to find ways to prove they are somebody. This is done by smuggling, for instance, which leads to an abundance of money, which gives them power. It is done with guns and violence, which also gives them a sense of power, but still they don't feel good about themselves.

When we look at health we need to look at all aspects of the person. The health facility in our community tries to accomplish this. It has many programs dealing with health. We have many outreach and support workers.

On our reserve we have an adolescent group home, a family violence shelter, a home for the elderly and a chronic care unit. All of these are needed and are very important but they lack the basic element of self-concept.

All of the professionals running the programs have had to leave home to be trained and have brought back the western way as the only way to do things. When these professionals come home wanting to work with their own people, they have

## [Traduction]

identité et sans les valeurs qui leur sont propres parce que les anciens ne savent pas quoi leur apprendre. Ils n'ont aucun amour-propre parce qu'ils ne savent pas qui ils sont. Ils n'ont pas de compétences parentales. On leur a dit qu'ils ne valaient rien, et leurs enfants apprennent la même chose. Ce n'est pas dans les salles de classe qu'on leur apprend l'histoire qui leur permettrait de connaître leurs racines. Tels des orphelins, ils sont constamment à leur recherche.

Grâce à notre programme de counselling, nous avons permis aux membres de notre communauté d'être entendus. On les écoute. On donne de l'importance à leur opinion. On comprend leurs déceptions et leurs ressentiments. Ils en veulent au gouvernement, aux non-autochtones et ils s'en veulent mutuellement. Ils n'ont confiance en personne. Ils ont essayé de faire face en se tournant vers la drogue et l'alcool et c'est devenu le problème de toute une génération.

Le programme de counselling offre d'autres solutions, mais là encore il y a des problèmes. Nous demandons à ceux qui viennent en consultation de faire confiance et de parler à des non-Autochtones qui ont toujours été leurs ennemis. Le programme de counselling était au départ un service d'intervention d'urgence et il a évolué pour devenir un service de counselling externe. Il est situé dans un nouveau local pour les soins de santé dans notre réserve, au sous-sol, sous l'escalier. Nous n'avons pas de fenêtres dans ces bureaux. Ainsi, nos membres qui, du fait de leur culture, ne regardent pas les gens en face, ont du mal à fixer leur attention dans les moments difficiles. Nous les voyons généralement sortir de la salle ou aller à l'extérieur lorsqu'ils sont émus. C'est un fait réel que les esprits des administrateurs éduqués à l'occidentale n'arrivent pas à comprendre.

• 0950

Les membres de notre communauté dans l'ensemble ont peu d'amour-propre et essaient constamment de trouver des moyens de prouver qu'ils sont quelqu'un. Ils le font en faisant de la contrebande, par exemple, ce qui leur donne beaucoup d'argent, donc du pouvoir. Ils le font à l'aide d'armes à feu et de façon violente, ce qui leur donne également un sentiment de puissance, mais ce n'est pas pour autant qu'ils se sentent fiers d'eux-mêmes.

Lorsqu'il est question de santé, il faut prendre en compte tous les aspects de la personne. C'est ce que nous essayons de faire dans notre centre de santé communautaire qui compte de nombreux programmes en rapport avec la santé. Nous avons aussi de nombreux travailleurs de soutien et des services d'approche.

Dans notre réserve, nous avons un foyer de groupe pour adolescents, un centre d'accueil pour les personnes victimes de violence familiale, un foyer pour les personnes âgées et un service pour les maladies chroniques. Tous sont indispensables, mais ils ne sont pas adaptés à la situation, ce qui est essentiel.

Tous les professionnels qui s'occupent des programmes ont dû s'expatrier pour suivre une formation et ont ramené avec eux la façon de voir occidentale comme étant l'unique façon de faire. Lorsque ces professionnels reviennent travailler avec les



## [Text]

had to settle for very low wages. When funding runs out they are out of a job until contracts are renewed. Many volunteer their time. Too often programs look for volunteers, but this just doesn't feed the kids for single parents.

We need to implement training programs that are culturally based and recognized as valued by western society. To give you an example of this, we have a registered nursing program on our reserve. It is done in cooperation with McGill University. It is not recognized off reserve and these people who went through the program can only work on reserve. My credentials and assessments at times need to be validated by a non-native to be credible. This happens even with my own people.

Traditional healing methods must be resurrected and taught to our people. The home base intervention program I am proposing from the studies I have done needs someone with a masters degree to do the interventions and therapy. I would like to see our own people do this training at home so that when they are trained, they can do exactly what the professional therapists can do with the same credibility and the same knowledge, but including the culture.

Most of our people need to learn their roots and their history. This has never been taught to them because once they learn who they are, they gain confidence, which is power, and no one wants to see an Indian be powerful.

The family violence shelter is filled to capacity. The women are being cared for but the men are not being addressed. They too need history lessons to learn about themselves and how they can be a Mohawk man who is proud and confident. We need money set aside to set up programs that address their issues.

Because the most common way of coping is through drugs and alcohol, addiction prevention programs just aren't enough. We need to train our own people to be counsellors in the addiction field and we need to pay them. The pay must be equitable to the outside communities, because once we get somebody trained and bring them in and we know they are working with our people in a culturally sensitive way, they find that their experience can get them higher wages outside.

People we send to rehabs for treatment are not successful in maintaining a drug-free lifestyle because the treatment didn't culturally apply to them. We need culturally specific treatment centres for youth and adults.

The issue I have left for last is the disabled person. These are the forgotten people, and if they are dual diagnosed they have even less of a chance of receiving recognition of their problems.

## [Translation]

membres de leurs groupes, il leur faut accepter des salaires très bas. Lorsque le financement est épuisé, ils se retrouvent sans emploi jusqu'à ce que le contrat soit renouvelé. Bon nombre d'entre eux travaillent à titre bénévole. Trop souvent, les programmes recherchent des bénévoles, mais cela ne permet pas de nourrir les enfants lorsqu'on est parent seul.

Nous devons instaurer des programmes de formation ayant une base culturelle autochtone et il faudrait que la société occidentale les reconnaisse comme valables. Pour vous donner un exemple, nous avons dans la réserve un programme de cours reconnu permettant d'obtenir un diplôme d'infirmière. Ce cours est offert en collaboration avec l'Université McGill. Il n'est pas reconnu en dehors de la réserve et ceux qui suivent ce cours ne peuvent que travailler dans les réserves. Mes titres et mes évaluations doivent à l'occasion être validés par un non-autochtone pour être crédibles. Cela se passe même avec les gens de mon groupe.

Il faut faire revivre les méthodes traditionnelles de guérison et les enseigner à nos gens. Le programme d'intervention d'origine locale que je propose d'après les études que j'ai faites exige que les interventions et la thérapie soient effectuées par le titulaire d'une maîtrise. J'aimerais que les membres de mon groupe reçoivent cette formation chez eux pour pouvoir faire ensuite exactement la même chose que les thérapeutes professionnels, avec la même crédibilité et les mêmes connaissances, mais en prenant en compte notre culture.

La plupart des membres de mon groupe ont besoin de trouver leurs racines et apprendre leur histoire. Cela ne leur a jamais été enseigné parce qu'une fois qu'on sait qui on est, une fois qu'on reprend confiance, on a du pouvoir et personne ne veut voir un Indien puissant.

Le foyer pour les victimes de violence familiale est plein. On s'occupe des femmes, mais on ne fait rien pour les hommes. Eux aussi ont besoin de leçons d'histoire pour apprendre qui ils sont et savoir qu'ils peuvent être des Mohawks fiers et sûrs d'eux. Il faut prévoir de l'argent pour mettre au point des programmes visant à résoudre ces problèmes.

Parce que la façon la plus courante de faire face, c'est d'avoir recours à la drogue et à l'alcool, les programmes de prévention de la toxicomanie ne suffisent pas du tout. Nous devons former les membres de nos groupes pour qu'ils deviennent conseillers dans le domaine de la toxicomanie et nous devons les payer. Ils doivent être payés de façon équitable par rapport aux communautés de l'extérieur, car dès qu'une personne formée travaille dans le respect de notre culture, elle constate généralement qu'elle peut obtenir un meilleur salaire à l'extérieur.

Ceux que nous envoyons en cure de désintoxication n'arrivent pas à vivre sans drogue lorsqu'ils reviennent parce que le traitement n'était pas culturellement adapté à leur cas. Il nous faut des centres de traitement qui aient une connotation culturelle pour les jeunes et les adultes.

J'ai laissé pour la fin la question des handicapés. Ce sont les êtres oubliés et, s'ils sont en plus toxicomanes, ils ont encore moins de chances de voir leurs problèmes reconnus.



## [Texte]

A survey done in 1990 in our community indicated that 25% of our population is disabled. This is three times the Canadian average. The lack of services among these people create many emotional problems, which compound their disabilities.

I want you to imagine for a moment that you are a native male, 24 years old, uneducated, deaf and addicted to drugs. You are sent away to a treatment program thousands of miles from home. Upon completion you are told that you can go to a halfway house in a city a few hundred miles from home only to find that when you get off the bus the halfway house won't have room for you for three months. You have no money, no place to go, and after three months alone in the city, there is cultural isolation and lack of communication, for if you are deaf and can't talk, how can you communicate with the man on the street?

• 0955

This is the worst that can happen to him. We look at suicide and we look at him getting into trouble with the law because he is easily swayed in this vulnerable position.

People are very resourceful. With opportunities to build self-esteem open to them, they will survive and overcome the traumas of the past. These opportunities include more counselling programs, like the home-based intervention program where we can treat whole family systems touching on all areas of intervention, including the most important part, our culture.

We are now doing a study to find the answers to the increase in behaviour problems in school. This is being done without funding. We believe we have to look for funding for such studies and interventions to deal with this behaviour problem. The study is being done by a lady at the Canadian Institute for Reading and Vision.

When I heard you talking, you were asking whether you would be accepted in our community, and my thoughts were why don't you let the natives do this? Why don't you let them do your studies? We have always been under a microscope. If we could do the studies and give the answers back to you, if they were written by a native person you would understand the concepts better, because they can better understand themselves.

In any situation where I have seen studies written by non-natives about us, they never really understood. Then you look at the study, everyone reads it and thinks that is the way we are and it is not the way we are.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Very well done, Andrea. We appreciate your competence and your eloquence and the way you presented your position with a lot of feeling.

What do you think, Pauline? Do you want to fire a round of questions?

**Mme Picard:** Dans votre exposé, vous nous parlez du manque d'estime de soi que vivent les autochtones et vous parlez aussi de la formation. Vous dites qu'il y manque un élément fondamental. J'aimerais savoir quel est cet élément fondamental.

## [Traduction]

Selon une enquête réalisée en 1990 dans notre communauté, 25 p. 100 de notre population est handicapée. C'est trois fois plus que la moyenne canadienne. L'absence de services destinés à ces personnes entraîne de nombreux problèmes affectifs qui aggravent encore leurs handicaps.

Imaginez un instant que vous êtes un jeune autochtone de 24 ans sans instruction, sourd et toxicomane. On vous envoie à des milliers de milles de chez vous en cure de désintoxication. Après la cure, on vous dit que vous pouvez aller dans un foyer de transition dans une ville à des centaines de milles de chez vous, mais lorsque vous descendez de l'autobus, vous apprenez qu'il n'y aura pas de place avec trois mois pour vous dans ce foyer de transition. Vous êtes là sans argent, vous n'avez nulle part où aller, et après avoir passé trois mois seul en ville, vous êtes isolé culturellement, vous ne pouvez pas communiquer car si vous êtes sourd que vous ne pouvez pas parler. Comment communiquer avec l'homme de la rue?

C'est le pire qui puisse arriver. On envisage alors le suicide ou on viole la loi parce qu'on est facilement influençable et dans une position vulnérable.

L'être humain est plein de ressources. Si on lui donne la possibilité d'acquiescer de l'amour-propre, il va survivre et venir à bout des traumatismes passés. Mais il faut davantage de programmes de counselling, comme le programme d'intervention locale grâce auquel on peut traiter l'ensemble de la famille en touchant à tous les aspects de l'intervention, y compris à son élément le plus important qu'est notre culture.

Nous faisons actuellement une étude pour trouver des réponses à l'augmentation des problèmes de comportement en classe. Nous le faisons sans aide financière. Nous pensons que nous devons essayer de trouver un financement pour de telles études et pour les interventions qui permettront de régler ces problèmes de comportement. C'est une dame du Canadian Institute for Reading and Vision qui est en train de réaliser cette étude.

Lorsque je vous ai entendu parler, vous demandiez si on pourrait vous accepter dans notre communauté, et moi, je me disais pourquoi ne laissez-vous pas les autochtones faire cela? Pourquoi ne les laissez-vous pas réaliser ces études? On nous a toujours examinés au microscope. Si on pouvait faire les études et vous donner les réponses, si elles étaient écrites par une personne autochtone, vous pourriez mieux comprendre les idées, car ces personnes peuvent mieux se comprendre elles-mêmes.

Chaque fois que j'ai vu des études nous concernant rédigées par des non-autochtones, il était clair qu'on ne nous comprenait pas. Mais on a cette étude que tout le monde lit et on pense que c'est ainsi qu'on est, alors que ce n'est pas le cas.

**Le vice-président (M. Jackson):** Bravo, Andrea. Vous avez fait preuve de compétence et d'éloquence et avez su expliquer votre position avec une grande sensibilité.

Qu'en pensez-vous, Pauline? Voulez-vous commencer à poser des questions?

**Mrs. Picard:** In your presentation, you are talking about a lack of self-esteem among natives and you are also talking about training. You say that there is a fundamental aspect missing. I'd like to know what this fundamental aspect is.

## [Text]

**Ms Cook:** When I think of the native person, I think of the lack of self-esteem, because he has always been told he is not good enough. His culture was taken away from him, his way of practising his lifestyle. He has always been told his way of practising healing is not the way it should be, that he shouldn't be doing that, that it is heathen.

All of those things have been taken away from us. We have been left with this body where we are not comfortable with western society yet we are still not even comfortable with our own ways.

We need to bring back the old ways, bring back the native healers and have them start working. Give them back their roots. Teach them their history so they have something to be proud of. There are great natives in our history and they don't know this.

• 1000

I have one more thing to add. If you're looking at counselling programs in the mental health field, once they can understand why they feel this way, then they go searching for these things themselves. Those who have gone through our counselling program and understand who they are, are hungry for their culture, hungry to know their roots.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** We have room for one more question. The bells have started. Andrea, if you would be short in your answer, we will resume afterwards.

**Mme Picard:** Vous avez parlé de formation et d'éducation, ce que je trouve fort complexe. Vous dites que si vous étudiez hors réserve, à l'UQAM ou à McGill, par exemple, vous n'êtes pas reconnus quand vous revenez dans vos communautés parce qu'il vous manque la formation traditionnelle. Si vous recevez une formation traditionnelle en rapport avec vos besoins et votre propre éducation, vous n'êtes pas reconnus quand vous sortez de vos communautés. Quelle serait la solution?

**Ms Cook:** When I talk about training, for instance, with the nurses, that was done on our reserve. After they went through that training, if they wanted to go off reserve and work they weren't allowed to because their credentials weren't recognized.

Those of us who go off the reserve and get training and come back home—it is hard for our own native people to recognize us. They look at us as being different. If you listen to me talk, I don't talk with the psychological language that I should with a masters degree. I do this on purpose because I want to be accepted by my people and not by the outside society.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** We will suspend until after the bells. Thanks, Andrea. Don't go away, we have some more questions to ask you.

• 1002

• 1122

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** I'd like to reconvene the meeting and go back to questioning.

## [Translation]

**Mme Cook:** Lorsque je pense aux autochtones, je pense toujours au manque d'estime de soi car on leur a toujours dit qu'ils ne valent pas grand-chose. On leur a enlevé leur culture, leur mode de vie. On leur a dit que leurs méthodes de guérison n'étaient pas les bonnes, qu'ils ne devraient pas les appliquer, qu'elles étaient barbares.

On nous a tout enlevé. Et on nous laisse avec ce corps qui n'est pas à l'aise dans la société occidentale. Et nous ne le sommes pas non plus avec nos propres coutumes.

Il faut réapprendre nos traditions, ramener les guérisseurs et leur permettre de commencer à travailler. Il faut leur redonner leurs racines. Il faut leur enseigner leur histoire pour qu'ils soient fiers de quelque chose. Il y a de grands hommes dans leur histoire et les autochtones ne le savent pas.

Il y a une chose que j'aimerais ajouter. Lorsqu'on prévoit des programmes de counselling dans le domaine de la santé mentale, une fois que les gens ont compris pourquoi ils sont dans cette situation, ils peuvent aller eux-mêmes chercher ces choses. Ceux qui ont participé à notre programme de counselling et qui ont compris qui ils étaient ont hâte de connaître leur culture, leurs racines.

**Le vice-président (M. Jackson):** Il nous reste du temps pour une autre question. La cloche sonne. Andréa, je vous demanderai de répondre brièvement; nous reprendrons la séance ensuite.

**Mrs. Pickard:** You've been talking about training and education, which I find very complex. You say that if you study outside the reserve, at the UQAM or at McGill, for instance, you are not recognized when you come back in your communities because you have not had a traditional training. If you get a traditional training relevant to your needs and your own education, you are not recognized when you go outside your communities. So what would be the solution?

**Mme Cook:** Lorsque je parle de formation, et j'ai notamment cité les infirmières, c'est une chose qui s'est faite dans notre réserve. Après leur formation, si elles souhaitent aller travailler en dehors de la réserve, on ne le leur permet pas parce que leurs références ne sont pas reconnues.

Pour ceux d'entre nous qui vont suivre une formation en dehors de la réserve et qui reviennent ensuite... Nos autochtones ont de la peine à nous reconnaître. Ils estiment que nous sommes différents. Lorsque je parle, je n'utilise pas le langage des psychologues que je devrais avoir étant donné que je suis titulaire d'une maîtrise. Je le fais sciemment parce que je veux être accepté par les gens de mon groupe et non par la société extérieure.

**Le vice-président (M. Jackson):** Nous allons suspendre la séance et la reprendrons quand la cloche s'arrêtera. Merci, Andréa. Ne vous en allez pas, nous aurons d'autres questions à vous poser.

**Le vice-président (M. Jackson):** Reprise des délibérations. La période des questions se poursuit.



[Texte]

**Mr. Hill:** You said something that I think is quite significant when you said when a native worker goes into the western school system and gets trained and then comes home they're not always accepted. It's almost like they're—I've heard the word "traitor"—to the native community; they have adopted and taken on western ideas and thoughts, and even language. You mentioned that.

I don't know how to address that. How could that be improved?

**Ms Cook:** I found by going home and not using my own language, the professional language, by not presenting myself as a professional to my people, staying on the same level as they are—To me it's not important to be able to talk with the professionals in the community using the professional language. I would rather talk in lay person language so the people I'm working with are comfortable with me. That's one way of not being different from them.

**Mr. Hill:** It does mean, though, doesn't it, that you go and live in the community. You can't live off the community; you have to live on reserve.

**Ms Cook:** Yes, usually it's not accepted if you live off reserve and come back—It's allowable, but they don't like it. If you want a vote on anything that goes on in the reserve, you have to be a resident. So in that sense they're looking at—you must be part of us to be with us.

**Mr. Hill:** You also mentioned different pay scales for workers on the reserve and off. If they're paid more poorly on the reserve and see others doing better, their tendency is to leave and go where the money is better. Why would the pay scales be different?

**Ms Cook:** I guess because there isn't enough funding coming down to pay them. I don't know. Probably the basic reason is that a lot of the funding is filtered down to us and it has to go into administration first. With whatever program comes in, we get whatever comes down, so the money's not there to pay these people. That's what I wish would happen: that the increase in the pay became equal to what it is in the outside communities, where they can go and receive more.

**Mr. Hill:** Otherwise they won't stay and won't—

**Ms Cook:** They don't stay. If they're out of school, they come back and they work for a while on reserve, so they're comfortable in whatever program they're doing. They learn what they can. Once somebody offers them a job because they now have experience, they take it.

**Mr. Hill:** You've talked about the funding. Administratively, a lot of it is taken up by paperwork and so on. The funds don't get to the individuals they are actually designed for. Over time, do you see the native communities going through self-government and the self-esteem rising and the funding becoming less necessary? Do you see the funding decreasing over a span of time?

[Traduction]

**M. Hill:** Vous avez fait une réflexion que je juge importante; en effet, vous avez dit que lorsqu'un travailleur autochtone fréquente le système scolaire occidental et rentre chez lui après avoir reçu une formation, il n'est pas toujours accepté. On le considère un peu comme un «traître» à l'égard de la collectivité autochtone, car c'est bien le terme que j'ai entendu. Il a adopté les idées et la façon de raisonner des occidentaux, et même leur langue. Vous l'avez mentionné.

Je me demande bien comment on pourrait remédier à cela. Comment pourrait-on améliorer la situation à cet égard?

**Mme Cook:** J'ai constaté qu'une fois de retour parmi les siens, il est préférable de ne pas utiliser sa propre langue, son jargon professionnel, de ne pas poser au professionnel, de se mettre au niveau des siens. Pour moi, ce n'est pas important de pouvoir utiliser le jargon professionnel avec mes collègues de la collectivité. Je préfère utiliser le langage courant pour qu'ils se sentent à l'aise avec moi. C'est une façon de ne pas se différencier d'eux.

**M. Hill:** Pour cela, il faut toutefois aller vivre dans la collectivité. On ne peut pas vivre à l'extérieur; il faut vivre dans la réserve.

**Mme Cook:** Oui. On n'accepte généralement pas quelqu'un qui revient après avoir vécu en dehors de la réserve. . . C'est permis, mais on n'aime pas cela. Pour avoir voix au chapitre, il faut habiter dans la réserve. Par conséquent, les gens considèrent qu'il faut être des leurs.

**M. Hill:** Vous avez dit que les échelles salariales étaient différentes pour les travailleurs des réserves et ceux de l'extérieur. Les travailleurs qui sont moins bien payés dans la réserve et qui voient les autres gagner plus ont tendance à partir et à aller là où l'on est mieux payé. Pourquoi les échelles salariales sont-elles différentes?

**Mme Cook:** Je suppose que c'est parce que l'on ne reçoit pas assez de crédit pour payer les travailleurs des réserves. Je ne sais pas. C'est probablement parce qu'une bonne partie des crédits disparaissent en cours de route, parce qu'ils servent à couvrir les frais administratifs. Quel que soit le programme, nous ne recevons que les restes et on n'a pas assez d'argent pour payer ces gens-là. Je souhaiterais que l'on augmente leur salaire pour qu'il soit égal aux salaires payés à l'extérieur, qui sont beaucoup plus élevés.

**M. Hill:** Sinon ils ne resteront pas dans la réserve et ils ne. . .

**Mme Cook:** Ils ne restent pas. Quand ils ont fini leurs études, ils reviennent et travaillent pendant un certain temps dans la réserve, pour se sentir à l'aise dans le programme auquel ils participent. Ils apprennent ce qu'ils peuvent et quand on leur offre un emploi parce qu'ils ont acquis de l'expérience, ils l'acceptent.

**M. Hill:** Vous avez parlé de financement. Les frais administratifs absorbent une grosse partie des fonds. En fait, ce ne sont pas les gens auxquels il est destiné qui reçoivent l'argent. Pensez-vous qu'avec le temps, grâce à l'accession à l'autonomie politique et à une meilleure estime de soi, les collectivités autochtones auront moins besoin de subventions? Pensez-vous que le financement diminuera au bout d'un certain temps?



[Text]

[Translation]

• 1125

**Ms Cook:** We're doing a lot of work towards self-sufficiency, and yes, I would hope that over time with the increase in self-esteem and confidence that they can do that. There's been a lot of advancement made in self-sufficiency. Mohawks are strong, proud people. Even if they don't have the self-esteem that they need, they still are proud and they want to do things for themselves.

**Mr. Hill:** Would you say that it's a goal of the native people to be equal with every other Canadian citizen?

**Ms Cook:** I think so. I think they would like to be equal. I think they feel they are equal now, but maybe they would like to be seen as equal by other standards.

**Mr. Patry:** Mrs. Cook, thank you for your presentation. You mentioned that there are many problems in your community, mainly the lack of identity, no self-esteem, and so on. I quote you as saying "we need to get the study done by the natives". You mentioned that. As manager of mental health in your community, Akwesasne, have you done any studies in your community to try to help your people, studies about violence, studies about drugs in your community itself?

**Ms Cook:** There was a study done a few years ago. It was mostly a survey to find out what drugs were being used by the children in the school and how old they were when they began to use them. It was a pretty comprehensive study. I don't remember the specifics of it. One of the other studies we have been trying to do right now is a study on the behaviour problems in the school, and Joanne can talk to that.

**Ms Joanne Frances (Community Liaison Officer, Mental Health Program, Akwesasne First Nation Health and Social Services Facility):** We getting more referrals from the school system on kids who are acting out, almost to violence in their aggression towards one another. Right away the school system is saying it is because the home life is bad, but we are finding out that there are visual problems and problems that they're experiencing, like migraine headaches. Migraines can be pretty painful. We are doing further research on the fact that it may be stemming from the fluorescent lighting, the rays that are being emitted from the lights, ricocheting off the papers into the eyes and causing pain. It's not a pain that you can put a band-aid on or fix immediately, or that you can see.

It's not tangible. It's not something that can be identified by other researchers right now, so with this study we're trying to see if there can be filters or something that will help to reduce those. We've discovered studies that have been done by the National Research Council, which studied exactly this problem in government buildings and with workers. We're seeing if there's a connection. We're very early on into that study right now. I think we've looked at ten children, and we have them wearing glasses with polarization to protect them. We've seen some improvements already and it's only been three months that we've worked on this. That's just one of the ongoing studies that is happening right now.

**Mme Cook:** Nous nous efforçons vraiment de devenir indépendants sur le plan économique et j'espère que l'on y arrivera au bout d'un certain, quand on aura plus d'amour-propre et davantage confiance en soi. On a fait beaucoup de progrès dans ce domaine. Les Mohawks sont des gens courageux et fiers. Même s'ils n'ont pas encore assez d'amour-propre, ils sont fiers malgré tout et ils veulent faire quelque chose pour améliorer leur sort.

**M. Hill:** Diriez-vous que c'est un but pour les autochtones de devenir les égaux de tous les autres Canadiens?

**Mme Cook:** Je crois bien. Je pense qu'ils voudraient devenir leurs égaux. Je crois qu'ils se sentent déjà égaux mais ils voudraient peut-être être considérés comme les égaux des autres Canadiens à d'autres points de vue.

**M. Patry:** Merci pour votre exposé, madame Cook. Vous avez dit que les gens de votre collectivité avaient beaucoup de problèmes et surtout des problèmes d'identité et de manque d'amour-propre. Vous avez dit qu'il fallait, et je cite vos paroles, «que l'étude soit faite par les autochtones». Étant donné que vous êtes la gérante du programme de santé mentale à Akwesasne, avez-vous fait des études dans votre collectivité pour essayer d'aider les autres, des études sur la violence, sur les drogues?

**Mme Cook:** On a fait une étude il y a quelques années. Il s'agissait principalement d'une enquête qui avait pour but de savoir quelle drogue les enfants prenaient à l'école et à quel âge ils commençaient à les prendre. C'était une étude assez fouillée. J'ai oublié les détails. Une autre étude que nous essayons de faire actuellement porte sur les problèmes de comportement à l'école, et Joanne peut vous en parler.

**Mme Joanne Frances (agent de liaison communautaire, Programme de santé mentale, Akwesasne First Nation Health and Social Services Facility):** On nous envoie davantage d'écoliers qui ont, entre eux, un comportement agressif, voire presque violent. Les écoles prétendent que c'est parce que le milieu familial n'est pas fameux mais nous constatons qu'ils ont des problèmes de la vue et d'autres problèmes comme des migraines. Les migraines peuvent être assez douloureuses. Nous poursuivons notre étude pour voir si cela ne viendrait pas de l'éclairage fluorescent, où les rayons émis par les néons se réverbèrent sur le papier et font mal aux yeux. Ce n'est pas le genre de douleur que l'on peut apaiser au moyen d'un pansement, que l'on peut faire disparaître immédiatement ou qui est visible.

C'est intangible. Les causes ne peuvent pas être identifiées par d'autres études faites jusqu'à présent. Nous essayons de voir s'il n'y a pas moyen de régler le problème au moyen de filtres ou en réduisant l'intensité des rayons. Nous avons découvert des études qui ont été faites par le Conseil national de recherches et qui portent précisément sur le même problème qu'ont les employés dans les édifices du gouvernement. Nous essayons de voir s'il existe un lien entre l'éclairage et ce problème. Nous venons tout juste de commencer cette étude. Je crois que nous avons examiné 10 enfants et que nous leur faisons porter des lunettes à verres polarisants pour leur protéger les yeux. Nous avons déjà constaté certaines améliorations, mais il n'y a que trois mois que nous avons commencé. Il y a aussi d'autres études en cours.

[Texte]

**Mrs. Ur:** In some of your statements you made this morning you said you want to be considered equal and thought you were probably feeling equal. I pose this to you, not as an aggravated statement, but I want your response. You presented this morning that basically native people want native people looking after them in the medical field, education, etc., so therefore I guess as a non-native I can equate the same. We are very fortunate in Canada to have renowned specialists, doctors, medical people who are not Canadian, from other countries. We welcome them to share their knowledge and their expertise and to give us good medicine. We don't rely totally on Canadian people to serve Canadian health.

[Traduction]

**Mme Ur:** Ce matin, vous avez dit notamment que vous vouliez être considérés comme les égaux des autres Canadiens et que vous pensez que les autochtones se sentent probablement leurs égaux. Ce n'est pas pour vous agacer que je vais vous poser la question suivante, mais je voudrais que vous me donniez une réponse. Vous avez dit que les autochtones veulent que ce soient des autochtones qui s'occupent d'eux dans le domaine de la santé, dans celui de l'éducation ainsi que dans d'autres domaines. Je suppose par conséquent que je peux avoir les mêmes exigences en tant que non-autochtones. Nous avons la grande chance d'avoir des spécialistes, des médecins, du personnel médical renommés qui ne sont pas des Canadiens, qui viennent de l'étranger. Nous apprécions le fait qu'ils partagent leurs connaissances et leurs compétences et qu'ils nous donnent de bons soins médicaux. Nous ne comptons pas uniquement sur les Canadiens pour les services de Santé.

• 1130

Do you understand what I'm trying to explain to you?

**Ms Cook:** Yes.

**Mrs. Ur:** So in that respect I would like to know why a non-native would perhaps not be as welcome if he or she had the same desire to help a native person.

**Ms Cook:** I don't recall saying that we don't want the help. I think we do need professional medical people there. Whether they're native or non-native, they can do the same thing. But I think the understanding of the concepts is different. They're more understood with a native.

**Mrs. Ur:** It's hard for me to understand that, but you know you certainly. . . I understand your situation.

In another respect, you have stated that there are problems with the filtration of money from government sources down whatever avenue they have to be filtered to get to the reserve and into the various programs; that x number of dollars goes to the chief, the administration officer on the reserve. The money comes from the federal government and it goes to the people in charge of the money. Once it leaves here it is administered by the people on the reserve, so it's not really we here in Ottawa who are the nasty guys. And I'm not saying the people on your reserve are the nasty people, but I'm just trying to put the onus on where the problem is, where the lack of communication is.

**Ms Cook:** I'm not implying that anybody is nasty in this situation.

**Mrs. Ur:** No.

**Ms Cook:** I'm just saying that when you divide the money up into what it's used for, by the time it gets down to us there isn't enough to give adequate wages to the people who are working there.

**Mrs. Ur:** But that's an on-reserve situation that is dealt with on-reserve. For instance, what I'm looking at is not a health issue per se, but basically it is a health one if you go right back to it, and that's housing in my riding. I have reserves in my riding and I get several calls from my native people complaining that they need better housing. They tell me that so-and-so has three houses and rents them out to somebody else on the reserve, but they don't have a good house. These are people

Comprenez-vous ce que j'essaye de vous expliquer?

**Mme Cook:** Oui.

**Mme Ur:** Je voudrais donc savoir pourquoi des non-autochtones qui désirent aider des autochtones ne seraient pas aussi bien accueillis.

**Mme Cook:** Je ne me souviens pas avoir dit que nous ne voulions pas de cette aide. J'estime que nous avons effectivement besoin de professionnels de la médecine. Le fait qu'ils soient autochtones ou non n'a pas d'importance car ils peuvent faire le même travail. Je crois que c'est au niveau de la compréhension des concepts qu'il y a une différence. Un autochtone les comprend mieux.

**Mme Ur:** J'ai de la difficulté à comprendre cela, mais vous vous connaissez. . . Je comprends bien votre situation.

Dans un autre ordre d'idée, vous avez dit qu'il existe des problèmes en ce qui concerne les fonds accordés par le gouvernement, qu'ils sont écrémés avant d'arriver à destination et d'être affectés aux divers programmes, qu'une partie de cet argent est donnée au chef, à l'agent administratif de la réserve. Le gouvernement envoie l'argent aux personnes qui en sont responsables. On ne peut donc pas dire que c'est nous, à Ottawa, qui sommes les méchants, car cet argent est administré par les gens de la réserve. Je n'insinue pas non plus que les gens de la réserve sont des méchants, mais j'essaye de déterminer la véritable cause du problème, du manque de communication.

**Mme Cook:** Je n'accuse personne dans cette affaire.

**Mme Ur:** Non.

**Mme Cook:** Tout ce que je veux dire, c'est quand on veut répartir l'argent pour les divers usages auxquels il est destiné, au moment où on reçoit les fonds, il n'en reste plus assez pour donner un salaire décent aux travailleurs.

**Mme Ur:** Il s'agit toutefois d'une situation qui est causée dans la réserve et qui doit être réglée sur place. Par exemple, je songe à un problème qui n'est pas vraiment un problème de santé en soi mais que l'on peut tout de même considérer comme tel à bien y réfléchir: c'est le problème du logement dans ma circonscription, où il y a des réserves. Je reçois des appels d'autochtones qui réclament un meilleur logement. Ces gens-là se plaignent qu'un tel a trois maisons dans la réserve et



## [Text]

telling me their problems off the reserve. So it's within reserves that we sometimes have inner conflicts that we. . .

**Ms Cook:** When you get funding. . . We have funding for our community workers, for example, and for our addiction prevention program. The money allocated for those community workers has changed very little in the past ten years. They have had one pay increase in the last ten years.

**Mrs. Ur:** Well, I think a lot of people's wages have been frozen too, unfortunately.

**Ms Cook:** But they were low to begin with.

**Mrs. Ur:** Yes.

**Ms Cook:** But that's the funding that comes down. When we say we're going to put in four community workers, that's what we get funding for and that's what we're stuck with. Now I'm saying we need addiction prevention people and we need to pay them what we can and what is good and equal. I can't take community workers, turn them into addiction prevention people and then keep them. Once they get all of that training, they can work anywhere outside of the reserve and find that they can do the same thing out there for more money. It's not the same wage scale.

**Mrs. Ur:** But that's they're choice. You can't keep them on if they choose to do so.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Okay, we're going to end up in a dialogue here. We're getting into a bit of a time restraint.

Mr. Culbert has a quick question, but I haven't seen any others.

I'd just like to make a comment. I know we don't like to confer special rights to any group in our society. We say that everybody is equal and all should pursue life and happiness and well-being individually. But I'm getting the sense that native communities are rather unique, isolation being part of that, for instance. Unless you've actually been living in isolation, it's sometimes very difficult to understand.

There are other problems that happen to various species on the earth that I can think of when they've had migration of one sort or the other that has created problems.

It's a rather unique situation. I think the goal here is not necessarily to try to make everybody the same, but to try to use the resources of that community to enrich the rest of us. It's that understanding we're trying to find.

I find that both Joanne and Andrea are excellent examples of their community and we really appreciate their being here.

**Mr. Culbert:** Actually I had four questions, but I'm going to put them all into one because I think they all interrelate. I do appreciate your comments and your presentation. I think it was well done and very thoughtful this morning.

## [Translation]

les loue à d'autres alors qu'eux n'ont pas une maison décente. Ces gens me confient leurs problèmes en dehors de la réserve. C'est par conséquent dans les réserves mêmes qu'il y a parfois des conflits internes que nous. . .

**Mme Cook:** Revenons à la question du financement. Nous recevons par exemple des fonds pour payer nos travailleurs communautaires et pour financer notre programme de prévention de la toxicomanie. Le salaire que touchent ces travailleurs communautaires a très peu changé depuis 10 ans. Ils ont eu une seule augmentation au cours de cette période.

**Mme Ur:** Soit, mais je pense que beaucoup d'autres personnes sont malheureusement dans le même cas.

**Mme Cook:** Oui, mais ces salaires étaient déjà très bas au départ.

**Mme Ur:** C'est un fait.

**Mme Cook:** Ce sont les crédits qui diminuent. Quand on dit qu'on va engager quatre travailleurs communautaires, on reçoit un montant correspondant et on est bien obligé de s'en tirer avec cela. J'estime que nous avons besoin de gens pour le programme de prévention de la toxicomanie et qu'il faut leur donner le salaire le plus décent et le plus juste possible. Je ne peux pas former des travailleurs communautaires pour ce programme en espérant les garder. Quand ils ont reçu toute la formation voulue, ils peuvent aller travailler à l'extérieur de la réserve où ils peuvent être mieux rémunérés pour faire le même travail. L'échelle salariale n'est pas la même.

**Mme Ur:** Mais c'est eux qui décident. On ne peut pas les retenir s'ils décident de s'en aller.

**Le vice-président (M. Jackson):** Bon, nous allons en rester là. C'est que le temps commence à presser.

Monsieur Culbert a une petite question à poser, mais je crois qu'il est le dernier.

J'ai un commentaire à faire. Je sais que l'on répugne à accorder des droits spéciaux à certains groupes. On dit que nous sommes tous égaux et que chacun doit individuellement vivre sa vie à la recherche du bonheur et du bien-être. J'ai toutefois l'impression que les collectivités autochtones sont un cas plutôt unique, notamment en raison de leur isolement. Il est très difficile de comprendre ce que c'est tant que l'on n'a pas vraiment vécu de cette façon.

• 1135

Je pense par exemple à tous les problèmes auxquels ont été confrontées diverses espèces sur terre au cours des périodes de migration.

Il s'agit d'une situation relativement unique. J'estime que le but n'est pas nécessairement d'essayer de mettre tout le monde sur un pied d'égalité mais plutôt d'essayer d'utiliser les ressources de cette collectivité pour nous enrichir l'esprit. Voilà le but que nous essayons d'atteindre.

À mon avis, Joanne et Andrea sont donc d'excellents exemples; nous apprécions beaucoup le fait qu'elles soient venues témoigner au nom de leur collectivité.

**M. Culbert:** J'avais en réalité quatre questions à poser, mais je vais les fondre en une seule, parce qu'elles se recoupent. J'apprécie vos commentaires et votre exposé. À mon avis, celui-ci de ce matin était excellent.



## [Texte]

There are a couple of points I want to make for my own education, information and clarification. You mentioned training of individual therapists at home in the community. I wanted to know what type of therapists you're talking about, if we're talking with regard to mental health or if we're talking about your expertise in child therapy, which component you were looking at.

I was looking at your problem with school dropouts and the subsequent training. I'm still not certain with regard to your comment that the community would welcome the committee's study, but ask the community. I'm not sure whether you meant ask the community to do the study or ask the community for input, which is certainly our intent. Could you clarify that point for me?

The other point was relative to native healers. Basically you said bring back the old ways of native healers. I understand what you mean by that, but just one step further, do you believe the communities are ready to move forward into the modern economy, into self-government and economic development within their own communities to make them more self-reliant and in control of their own destiny, so to speak?

**Ms Cook:** I'm not sure I understood the last part of it.

**Mr. Culbert:** It is comparing...where you mentioned going back to the old ways. You were talking about that in relation to native healers. I understand the healing part. Whether in the aboriginal nation or anywhere else in Canada, we're all faced with the same thing, a change in our economy, a change in our way of doing things, the computer age, information highway. Is it your feeling that the native communities are prepared and able to move forward economically and to develop within their own communities economically for this new era that we all find ourselves in?

**Ms Cook:** I don't mean to go back into the old ways completely. We need modern medicine. I think it can have a dual working relationship if we use some of our old methods, which worked perhaps better. Rather than having surgery, if something else works better, why not use that?

The training I talked about for home-based intervention...most studies have looked at the masters level. If we can train our own people, a lot of them natural counsellors, and if we can give them all of the training that is necessary, as well as their being able to integrate their culture into the program, the program would benefit from having the understanding of someone who has lived there and knows them.

The home-based intervention program is designed to prevent out-of-home placements. If we're including the culture there and working with the whole family system, we're strengthening that family system so they can continue to cope under crisis.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** We're under some time restraints here and we have to be finished by 12:30 p.m.

## [Traduction]

Il y a deux sujets que je voudrais aborder pour mon édification personnelle. Vous avez parlé de former des thérapeutes sur place, dans votre collectivité. Je voudrais savoir de quel genre de thérapeutes vous voulez parler, s'il s'agit de spécialistes en santé mentale ou de thérapeutes comme vous, qui sont spécialisés dans l'enfance.

Vous avez abordé le problème du décrochage scolaire et de la formation ultérieure. Je ne sais toujours pas ce que vous avez voulu dire au juste en disant que la collectivité devrait se réjouir de notre étude, mais qu'il fallait poser la question aux intéressés. Je ne sais pas très bien si vous vouliez dire que c'est la collectivité qui devrait faire l'étude ou s'il fallait demander son avis, ce que nous avons la ferme intention de faire. Pourriez-vous me dire exactement ce que vous avez voulu dire?

L'autre sujet concerne les guérisseurs autochtones. Vous avez dit qu'il fallait revenir aux anciennes coutumes et se tourner à nouveau vers les guérisseurs. Je comprends ce que vous avez voulu dire, mais je voudrais savoir si les collectivités sont prêtes par ailleurs à s'adapter à la situation économique contemporaine, à accéder à l'autonomie politique et à se développer sur le plan économique pour devenir plus autonome et être maîtres de leur destinée.

**Mme Cook:** Je ne suis pas certaine d'avoir compris la dernière partie de la question.

**M. Culbert:** Je fais en fait un parallèle. Vous avez parlé de retour aux anciennes coutumes, à propos des guérisseurs autochtones. Je comprends cela. Que l'on appartienne à la nation autochtone ou à n'importe quelle autre collectivité, au Canada, nous sommes tous confrontés aux mêmes réalités, à l'évolution de notre économie, à l'évolution de nos méthodes, à l'avènement de l'ère de l'informatique, de l'autoroute électronique. Estimez-vous que les collectivités autochtones sont prêtes et qu'elles sont en mesure d'évoluer sur le plan économique et d'assurer leur développement pour s'adapter à la nouvelle ère dans laquelle nous vivons?

**Mme Cook:** Je ne veux pas dire qu'il faut faire un retour complet aux anciennes coutumes. Nous avons besoin de la médecine moderne. Je crois que l'un n'exclut pas l'autre et que l'on peut revenir à certaines de nos anciennes méthodes, qui donnaient peut-être de meilleurs résultats. Pourquoi ne pas utiliser une méthode qui donne de meilleurs résultats que la chirurgie?

En ce qui concerne la formation pour les interventions à domicile, je dirai que d'après la plupart des études, il fallait qu'elles se situent au niveau de la maîtrise. Si l'on pouvait donner à nos gens, qui sont pour la plupart des conseillers naturels, toute la formation nécessaire, tout en leur donnant la possibilité d'intégrer leur culture au programme, celui-ci ne s'en porterait que mieux parce que les responsables seraient des gens qui ont vécu dans cette communauté et qui en connaissent les membres.

Le programme d'intervention à domicile a pour but d'éviter le retrait du foyer. En faisant intervenir notre culture et en collaborant avec toute la famille, on renforce la cellule familiale et on aide les intéressés à faire face aux crises.

**Le vice-président (M. Jackson):** Notre temps est limité, car nous devons avoir terminé à 12h30.

## [Text]

Thank you very much, ladies, for your presentation. I hope we can communicate with you. If members of the committee need further information, we should know where to find you. I hope we keep the dialogue open. We're actually listening to what you've said. I really appreciate both of you coming here today. Good luck to you in the future.

• 1140

The next set of presenters is led by Wayne Helgason.

Wayne, I'd appreciate it if you'd introduce your team, and also just give us some highlights of your brief so perhaps we could spend more time on questioning.

**Mr. Wayne Helgason (President, National Association of Friendship Centres):** Mine is an elected position from the roughly 115 friendship centres that exist. Some are core funded; others are not.

I'm from Winnipeg, Manitoba, and in my employment capacity I'm the executive director of the Social Planning Council of Winnipeg.

I have with me today the vice-president, Ivan Williams, who's from British Columbia, also elected by the membership; Mark Maracle, the executive director of the national association; and Heather Lévesque, who is our communications officer, but she works with the various departments in many health-related areas.

We'll try to be brief. We have, obviously, some text that we had planned to share.

On behalf of the National Association of Friendship Centres and urban aboriginal people, we welcome this opportunity to bring to your attention issues regarding the mental health of urban aboriginal people. We would like to examine and emphasize the historical and pervasive conditions of everyday life that impact on the mental health of our community, indicators of poor mental health in the urban aboriginal community, in examining particular issues such as youth, suicide, and AIDS.

I am an aboriginal person from Sandy Bay Reserve, but I've lived in the urban area of Winnipeg for 23 years.

The development of the friendship centre movement over the past 40 years has been from an urban aboriginal perspective in response to the very real needs and concerns identified by our communities. Our response has been delivered in a culturally appropriate manner and, above all, through a process that is respectful of and accountable to our constituency.

I want to make specific reference to the accountability of organizations, whoever they are, that you should be assured of. I heard some of your earlier questions, and I want to tell you that friendship centres are very accountable mechanisms.

## [Translation]

Merci beaucoup pour votre exposé, mesdames. J'espère que nous pourrions communiquer avec vous. Il faudrait que nous sachions où nous pouvons vous rejoindre, au cas où nous aurions besoin d'autres renseignements. J'espère que nous pourrions poursuivre le dialogue. Nous tiendrons compte de ce que vous avez dit. Je vous remercie beaucoup toutes les deux. Je vous souhaite bonne chance.

Le prochain groupe de témoins est sous la direction de Wayne Helgason.

Wayne, j'aimerais que vous présentiez les membres de votre équipe et que vous n'exposiez que les points saillants de votre mémoire pour nous permettre éventuellement de consacrer plus de temps aux questions.

**M. Wayne Helgason (président, Association nationale des centres d'amitié):** J'ai été élu président de notre association qui regroupe les quelque 115 centres d'amitié qui existent. Certains d'entre eux reçoivent un financement de base et d'autres pas.

Je suis de Winnipeg, au Manitoba, et dans la vie professionnelle, je suis directeur général du Social Planning Council of Winnipeg.

Voici le vice-président, Ivan Williams, qui vient de la Colombie-Britannique et qui a également été élu à ce poste par nos membres; voici Mark Maracle, directeur exécutif de l'association nationale et Heather Lévesque, notre agent d'information qui travaille également avec les divers services responsables des questions d'hygiène et de santé.

Nous essayerons d'être brefs. Nous avons préparé un texte que nous comptons vous distribuer.

Au nom de l'Association nationale des centres d'amitié et des autochtones vivant en milieu urbain, je vous signale que nous sommes heureux d'avoir l'occasion d'attirer votre attention sur les problèmes de santé mentale auxquels ces derniers sont confrontés. Nous allons mettre l'accent sur les facteurs historiques et les conditions de vie quotidienne qui ont des répercussions sur la santé mentale de notre collectivité, sur les signes qui indiquent l'existence de problèmes de santé mentale chez les autochtones vivant en milieu urbain ainsi que sur les problèmes auxquels la jeunesse est confrontée, notamment celui du suicide et du SIDA.

Je suis originaire de la réserve de Sandy Bay, mais je vis à Winnipeg depuis 23 ans.

Les centres d'amitié qui ont été créés depuis une quarantaine d'années ont pour but de répondre aux besoins et aux préoccupations des autochtones vivant en milieu urbain, qui ont été identifiés par nos collectivités. Nos services tiennent compte des réalités culturelles et surtout, nous respectons nos membres et nous leur rendons des comptes.

Je tiens à vous parler de la responsabilité des organisations, quelles qu'elles soient. Vous pouvez en être assurés. J'ai entendu certaines des questions que vous avez posées et je tiens à vous signaler que les centres d'amitié sont des mécanismes très efficaces sur le plan de l'imputabilité.



## [Texte]

In fact, if I can deviate for a minute, in the 115 friendship centres—and I've been the president for a year and a half—I've not had to deal with any scandals or financial problems. We balanced the budget last year as a national organization. I just want to make that particular point.

This presentation has been developed within a challenging schedule; however, we would welcome the opportunity to sit down and discuss further any aspect outlined in our presentation.

Friendship centres are interested in maintaining and strengthening the partnership with government that has developed over the history of our 40-year movement.

Many of the leaders we have in today's aboriginal community got their start in a friendship centre—maybe served on a board of directors for the first time, got a summer job. The 1,800 people who work in friendship centres across this country, in every province and every region, share a common vision and idea about services to people.

I'll turn the next section, which is history and background, over to Ivan.

**Mr. Ivan Williams (Vice-President, National Association of Friendship Centres):** Regarding our history and background, friendship centres have had their roots in the country since the 1950s, when three organizations opened in major urban areas to assist Indians and Métis moving into urban areas. The organizations were in Winnipeg, Toronto, and Vancouver.

• 1145

Volunteer leadership and support remain a major component of the friendship centre operations. I emphasize "volunteer". All our boards, even up to Wayne and myself and the executive. . . we're all volunteers. We do not get paid.

Between 1958 and 1968 friendship centres were largely dependent on volunteers, with funding coming from fund-raising events, private donations, etc.

The National Association of Friendship Centres was incorporated in 1972 to represent the concerns of some forty friendship centres at that time. In 1972 the federal government provided the first of what was to become three five-year funding programs from the Secretary of State. The migrating native peoples program provided core funding to friendship centres. An evaluation of the MNPP conducted in 1976 concluded that friendship centres had far exceeded the expectations that were placed on them.

In 1978 the MNPP was renewed for five years, with the addition of a number of discretionary elements of funding, which included training capital and funding community interaction programming and data collection.

## [Traduction]

Si vous me le permettez, je vais faire une petite digression. Je n'ai jamais eu à traiter le moindre scandale ni le moindre problème financier alors que l'association dont je suis le président depuis un an et demi représente 115 centres d'amitié. Nous avons équilibré notre budget l'année dernière. C'est une chose que je tenais à vous signaler.

Nous n'avons eu vraiment pas beaucoup de temps pour préparer cet exposé; nous serions toutefois contents de pouvoir approfondir certains points.

Les centres d'amitié tiennent à maintenir et à renforcer le partenariat qui s'est formé avec le gouvernement au cours des 40 années de notre existence.

Nombreux sont les chefs autochtones actuels qui ont fait leurs débuts dans un centre d'amitié; certains ont été membres pour la première fois d'un conseil d'administration, d'autres ont occupé un emploi d'été. Les 1 800 personnes qui travaillent dans les divers centres d'amitié que l'on retrouve dans tout le pays, dans toutes les provinces et dans toutes les régions, ont une vision et une conception commune des services offerts à la population.

Je cède la parole à Ivan qui nous parlera du sujet suivant, qui concerne l'historique et les origines des centres d'amitié.

**M. Ivan Williams (vice-président, Association nationale des centres d'amitié):** L'origine des centres d'amitié remonte aux années 1950. C'est à cette époque que trois organisations ont été créées dans deux grands centres urbains pour aider les Indiens et les Métis à s'y établir. Les trois villes en question sont Winnipeg, Toronto et Vancouver.

Le bénévolat, que ce soit au niveau de la direction ou du personnel de soutien, reste la pierre angulaire sur laquelle repose le bon fonctionnement du centre d'amitié. Permettez-moi de souligner le mot «bénévolat». Tous les membres de nos conseils d'administration, même Wayne et moi, ainsi que le personnel de direction. . . nous sommes tous bénévoles. Nous ne sommes pas rémunérés.

Entre 1958 et 1968, c'est pratiquement uniquement à cause du travail des bénévoles que les centres d'amitié ont pu fonctionner, et le financement provenait de manifestations organisées pour recueillir des fonds ainsi que de dons privés, etc.

L'Association nationale des centres d'amitié a été incorporée en 1972 afin de représenter les intérêts des quelque 40 centres d'amitié qui existaient à cette époque. En 1972, le gouvernement fédéral, par l'entremise du Secrétariat d'État, a établi un premier programme de financement sur cinq ans qui devait, par la suite, être renouvelé deux fois. Le Programme des migrants autochtones a fourni le financement de base des centres d'amitié. Une évaluation du PMA effectuée en 1976 a confirmé que les centres d'amitié avaient rempli leur rôle au-delà de toute attente.

En 1978, le PMA a été renouvelé pour cinq autres années, assorti de certains nouveaux fonds discrectionnaires permettant par exemple de financer des cours de formation, des programmes d'interaction communautaires et la collecte de données.



## [Text]

By 1983 there were eighty friendship centres. The MNPP was renewed under a new name, the native friendship centre program. The native friendship centre program had a five-year mandate, to 1988. The NFCP included additional discretionary elements of funding, such as person-year increases, bilingualism, disabled access, disabled projects, and self-sufficiency projects.

By 1988 there were 99 core-funded friendship centres in Canada. The NAFC and the federal government renewed funding to friendship centres under the aboriginal friendship centres program. The AFPC was entrenched as a permanent program.

It should be noted that all the discretionary elements of funding under the friendship centres program have been eliminated because of successive applications of funding cuts.

There are currently 99 core-funded centres, 12 new and developing centres, 2 satellite operations, 7 provincial and territorial associations, and a national office: a total of 121 urban aboriginal operational entities within the friendship centre movement.

In our organizational structure, the operation entitles entities within the—

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** I don't mean to be rude, but the information you're relaying to us we probably could get from the written material you're going to be submitting. We really didn't want you to justify what you are doing. We wanted to know how you could help in mental health. If you could just wrap it up, we could probably get to the questioning.

**Mr. Williams:** I'll leave it at that, then.

**Mr. Mark Maracle (Executive Director, National Association of Friendship Centres):** I'm going to give you a quick overview—

**Mr. Helgason:** We did bring a number of copies of the presentation. It may be helpful for you to have them in front of you.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** The problem is the one we have is not translated. When we divulge information, we think all members should be treated equally. We don't want to start with just the English version.

I'm not sure it was related to you that it should be translated. We'll get it together when it's translated.

If you gave us the highlights, it would be helpful. I'm sure there will be some questions.

**Mr. Helgason:** Okay.

**Mr. Maracle:** From an aboriginal perspective it's certainly not surprising a lot of the social upheaval that we experience and that accompanies a transition, whether we're coming from a Métis community or a reserve community, is evident, and for a variety of reasons. Social conditions are forcing people to move into urban areas; pursuit of educational and employment opportunities, access to adequate medical services, and just overall economic conditions.

## [Translation]

En 1983, on comptait 80 centres d'amitié. Et le PMA a été renouvelé sous un autre nom, le Programme des centres d'accueil autochtones, pour une autre période de cinq ans, c'est-à-dire jusqu'en 1988. Le PCAA était également assorti de nouveaux fonds discrétionnaires permettant par exemple d'augmenter le nombre d'années-personne, d'engager du personnel bilingue, de rendre les centres accessibles aux handicapés et de lancer des projets destinés aux personnes souffrant de déficiences ou conçus pour favoriser l'autonomie financière.

En 1988, on comptait au Canada 99 centres d'amitié recevant un financement de base. L'ANCA et le gouvernement fédéral ont alors renouvelé le financement alloué aux centres d'amitié dans le cadre du Programme des centres d'accueil autochtones qui est devenu un programme permanent.

Il faut souligner que tous les fonds discrétionnaires qui faisaient partie du programme des centres d'amitié ont été éliminés à la suite de coupures budgétaires répétées.

Il existe actuellement 99 centres qui reçoivent un financement de base, 12 centres nouvellement ouverts ou en développement, 2 organisations satellites, 7 associations provinciales et territoriales et un bureau national: c'est-à-dire que le mouvement du centre d'amitié regroupe au total 121 entités autochtones qui oeuvrent en milieu urbain.

Notre structure organisationnelle autorise les entités qui font partie de...

**Le vice-président (M. Jackson):** Je ne veux pas être impoli, mais les renseignements que vous nous donnez se trouvent sans doute dans le mémoire que vous allez nous transmettre. Notre intention n'était pas de vous demander de justifier votre action. Ce qui nous intéresse, c'est de savoir comment vous pouvez contribuer dans le domaine de la santé mentale. Si vous pouviez conclure votre déclaration, cela nous permettrait de passer aux questions.

**M. Williams:** Nous en resterons là, dans ce cas.

**M. Mark Maracle (directeur exécutif, Association nationale des centres d'amitié):** Je vais vous donner un rapide aperçu...

**M. Helgason:** Nous avons apporté un certain nombre de copies de notre exposé. Vous jugerez peut-être utile d'avoir ce texte devant vous.

**Le vice-président (M. Jackson):** Le problème, c'est que le texte que nous avons n'est pas traduit. Lorsque les informations sont transmises aux membres du comité, nous tenons à ce qu'ils soient tous traités de façon équitables. Nous ne voulons pas utiliser au départ uniquement la version anglaise.

Peut-être ne saviez-vous pas que votre texte devait être traduit. Lorsque cela sera fait, nous le ferons distribuer.

Il serait bon que vous nous en donniez les faits saillants. Je suis persuadé qu'il y aura des questions.

**M. Helgason:** D'accord.

**M. Maracle:** Dans une perspective autochtone, la plupart des bouleversements sociaux que les gens de notre peuple connaissent et qui marquent une période de transition, qu'ils viennent d'une communauté métis ou d'une réserve, ne sont pas surprenants pour diverses raisons. Certaines conditions sociales poussent les gens à aller vivre dans les grands centres urbains: ils peuvent vouloir étudier ou trouver un emploi, avoir accès à des soins médicaux adéquats ou tout simplement vouloir échapper aux conditions économiques qu'ils connaissent.

## [Texte]

For aboriginal people who have moved to urban centres, a lot of our families no longer function as a basic unit in participating within community life. They've come to depend on the systems out there, whether they are the health care system, welfare, justice—All of these systems are not based on aboriginal principles and are foreign to our way of thinking. Certainly, living within another, often dominant culture has resulted in the displacement of the customs and traditions that have been responsible for maintaining stability in our communities for thousands of years. Now we are faced with reacting to a system that is absolutely foreign to what's inside of us as people.

• 1150

Certainly, we don't have to go into the consequences of the residential school system, but the fact is that many of our people are a product of that system and grew up unable to interact with their own traditional communities. It has left them with a negative identity as an aboriginal and has resulted in a lack of positive parenting skills. It has taken away language and cultural knowledge and has taken away from who we are as a people.

The urban aboriginal youth are faced with a completely different world from their parents and grandparents, and that has resulted in another serious generational and cultural gap.

The traditional role of our elders as teachers, counsellors, and mediators has largely been taken over by a foreign, non-traditional system. That has helped erode not only our physical but also our mental health.

Aboriginal youth are particularly vulnerable. We talk about them dropping out of school and coming into conflict with the law and the use and abuse of chemicals and substances. That eventually becomes linked to things such as suicide.

I think it should be noted that among our people there is a very, very strong push, desire, and need to work harder to create those healthy families, communities, and individuals. The friendship centres have been at the forefront, at least in the urban setting, of being responsible to open our doors. There is no distinction on the aboriginal side in terms of their status but we don't close the door to non-aboriginal people either. In the smaller and more isolated communities the role of the friendship centres in accessing and facilitating access to services has become much, much larger.

I think health for aboriginal people is not simply eliminating symptoms of illness. Rather, health is achieved through healing, restoring that balance we have as aboriginal people, and achieving that harmony of inner and external forces.

There are a number of points we would like to make regarding the spiritual side. A loss of cultural knowledge and teaching has resulted in an erosion of that spiritual context we have as people.

## [Traduction]

Parmi les autochtones qui ont déménagé pour vivre dans des centres urbains, il est fréquent que la famille ne soit plus la cellule qui règle leur participation à la vie communautaire. Ils en viennent à dépendre des systèmes qui existent dans ce monde-là, qu'il s'agisse du programme de soins de santé ou d'aide sociale ou du système judiciaire... Tous ces systèmes ne sont pas fondés sur des principes reconnus par les autochtones et n'entrent pas dans notre conception des choses. Il est certain que le fait de vivre au sein d'une autre culture souvent oppressive a escamoté l'importance des coutumes et des traditions qui ont servi à maintenir la stabilité de nos communautés pendant des milliers d'années. Nous devons maintenant fonctionner dans un système qui n'a absolument rien de commun avec ce qui fait l'âme de notre peuple.

Inutile, bien sûr, de parler des conséquences de l'éducation des enfants en pensionnat, mais il reste que bien des autochtones sont le produit de ce système et qu'en grandissant, il leur a été impossible d'établir des liens avec leur propre communauté traditionnelle. Cela leur a laissé une image négative de leur qualité d'autochtone et, en tant que parents, ils ne sont pas aptes à élever leurs enfants dans un climat positif. Ces gens-là ne connaissent plus leur langue et leur culture et ils ont été privés de l'identité qui les faisait appartenir à un peuple.

Les jeunes autochtones qui vivent en milieu urbain se retrouvent dans un monde complètement différent de celui qu'ont connu leurs parents et leurs grands-parents et cela a abouti à creuser un autre fossé entre deux générations et deux cultures.

Le rôle que tenaient traditionnellement nos anciens qui agissaient à titre d'éducateurs, de conseillers et de médiateurs est maintenant pratiquement entièrement dévolu à un système non traditionnel qui nous est étranger. Cela a contribué à miner non seulement notre bien-être physique mais également notre santé mentale.

Les jeunes autochtones sont particulièrement vulnérables. On entend dire qu'ils abandonnent l'école, qu'ils ont des démêlés avec la justice et qu'ils prennent de la drogue et d'autres substances. Cela éventuellement aboutit à des problèmes comme celui du suicide.

Il faut noter, je crois, que notre peuple souhaite ardemment faire tous les efforts nécessaires pour assurer le bien-être de ses membres et fonder des familles et des communautés saines. Les centres d'amitié ont pris l'initiative, du moins dans les villes, de tendre à tous une main secourable. Nous ne faisons aucune distinction entre les diverses catégories d'autochtones et nous ne fermons pas non plus notre porte aux autres. Dans les communautés moins importantes et plus isolées, le rôle des centres d'amitié a été encore plus prépondérant en ce qui concerne la facilité d'accès aux services.

A mon sens, la santé pour les autochtones ne se réduit pas à faire disparaître les symptômes de la maladie. Il s'agit plutôt de guérir, de recréer cet équilibre dont les autochtones ont besoin et de parvenir à faire l'harmonie entre les forces intérieures et extérieures.

Nous souhaiterions soulever un certain nombre de points concernant les valeurs spirituelles. Les autochtones n'apprennent plus à connaître leur culture et cela mine l'héritage spirituel de notre peuple.



[Text]

An inadequate diet, overcrowding, inadequate housing, and physical and sexual abuse have all played a very big role in impacting on mental health. To what extent has it impacted? We know. We live with it every day in terms of dealing with people coming into urban settings. I think there needs to be a much stronger and much more coordinated effort between our own communities and the friendship centres as urban institutions in dealing with aboriginal people and government collectively. It is certainly something we are looking at. It provides an opportunity for this government through Health Canada to make those linkages and improve the partnership and address issues of access for urban aboriginal people.

Traditionally, we've had difficulty accessing a lot of health care services for a variety of reasons. One of the biggest problems has been jurisdictional issues among the federal, provincial, territorial governments, and municipal governments and the general government designation of who's Indian, who's not Indian, who's Métis, who's status, or who's Inuit. That's complicated and has made access difficult.

• 1155

Certainly, in terms of the economic conditions, an overwhelming majority of urban aboriginal people live considerably below the poverty line. Their ability to participate in society is directly affected by their health, whether it's mental or physical, or whether it's access to employment.

What we're ultimately trying to achieve as aboriginal people is what the previous groups have talked about. That's design, delivery and implementation by aboriginal people. Facilitating that process, we know the systems we've come in contact with before, for years and years, have not worked. They've not worked effectively; they've not worked efficiently. I think in a closer examination of what friendship centres are and what we do, and how we do business, you'll see that it's absolutely an accountable, effective, and efficient way of doing business.

I think without any further ado, if Heather has some comments on...

**Ms Heather Lévesque (Project Officer, National Association of Friendship Centres):** I'd like to talk about youth in particular.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** I just want to caution you that you have approximately nine minutes. If you use it all up for talking... I appreciate that you did a lot of work and you want to give it all to us. Part of the process is letting us know exactly how you feel and what people have been telling you.

**Mr. Helgason:** I hope there's a timely commitment to reading this and getting it translated, because there has been some serious thought and consultation.

[Translation]

Un mauvais régime alimentaire, le fait de vivre les uns sur les autres dans des logements inadéquats, les violences physiques et sexuelles, autant d'éléments qui ont tous eu des répercussions notoires sur la santé mentale. Dans quelle mesure? Nous pouvons le constater tous les jours en nous occupant des gens qui viennent s'établir en ville. A mon avis, il faut qu'il y ait un effort beaucoup plus important et beaucoup mieux coordonné de la part de nos propres communautés et des centres d'amitié établis en milieu urbain pour se charger collectivement des autochtones et traiter avec les gouvernements. C'est certainement une question à laquelle nous nous intéressons. Le gouvernement a l'occasion, par l'entremise de Santé Canada, d'établir ce genre de liens et d'améliorer les partenariats afin de faciliter l'accès aux services qui peuvent être fournis aux autochtones vivant en milieu urbain.

Dans le passé, nous avons éprouvé quelques difficultés à nous prévaloir d'un grand nombre de services médicaux pour diverses raisons. L'un des principaux problèmes est celui de la compétence des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux ainsi que la distinction que fait le gouvernement entre ceux qui sont Indiens, ceux qui ne le sont pas, ceux qui sont Métis, ceux qui sont Indiens inscrits ou ceux qui sont Inuits. La complexité de ce système a rendu l'accès aux services difficile.

Sur le plan économique, la grande majorité des autochtones vivant en milieu urbain ont des ressources qui les place bien au-dessous du seuil de la pauvreté. Leur santé, physique ou mentale, et le fait qu'ils travaillent ou non affecte directement leur participation à la vie sociale.

Au bout du compte, notre objectif en tant qu'autochtone c'est de parvenir à faire ce dont les groupes qui ont comparu précédemment ont parlé. C'est-à-dire offrir des services conçus et fournis par des autochtones. Il faut faciliter ce processus car nous savons que les systèmes qui ont été mis en place précédemment n'ont pas fonctionné année après année. Ils n'ont pas été efficaces et ils n'ont pas été rentables. Je pense que si vous faites un examen approfondi des activités des centres d'amitié, ainsi que de la façon dont nous fonctionnons, vous verrez que nous menons nos affaires d'une manière absolument responsable, efficace et rentable.

Et maintenant, sans plus attendre, si Heather a des commentaires à faire sur...

**Mme Heather Lévesque (agent de projet, Association nationale des centres d'amitié):** J'aimerais vous parler tout particulièrement des jeunes.

**Le vice-président (M. Jackson):** Permettez-moi simplement de vous avertir qu'il vous reste environ neuf minutes. Si vous utilisez ce temps entièrement pour votre exposé... Je sais fort bien que vous y avez énormément travaillé et que vous voulez nous le communiquer en entier. L'objet des audiences est en partie de vous permettre de nous dire exactement comment vous voyez les choses et de nous transmettre les commentaires que l'on vous a fait.

**M. Helgason:** J'espère que vous allez faire ce que vous avez dit et qu'une fois traduit, vous allez lire ce texte car c'est l'aboutissement d'une longue réflexion et de sérieuses consultations.



## [Texte]

Maybe we can move to a quick summary. I really want to read into the record our conclusions, just so you know friendship centres are a very significant element for urban aboriginal people. Urban aboriginal people are the majority of aboriginal people in Canada.

Friendship centres are excluded, I would suggest, from recent controversy in terms of funding arrangements. We don't get funded through the Department of Indian Affairs. We've had to build a base upon a job well done. We're not part of the Auditor General's criticisms. In fact, of \$5 billion, we receive a mere \$17 million for all of Canada for 115 friendship centres. That money gets translated to another three to four times with other services.

I wanted to make sure that we leave you with a clear impression of friendship centres being distinctly different and of our open-door policy as well. It doesn't much matter if you're sick, if you've lost your children, if you're suffering from something, in an urban area, if you're Métis, non-status, status from out of province—it doesn't matter in friendship centres. Aboriginal people and non-aboriginal people are welcome. Some of you may know that and some of you may not. I just wanted to emphasize that.

So our conclusion—it's only a page—is that they come from a variety of socio-economic backgrounds, and street people, professionals and business people intermix in different ways. The volunteers we use are sometimes professional. I consider myself to be a professional person sitting on the board. We have a mix of people from all aboriginal nations who interact.

Many people have survived the residential schools. Many are single—and two-parent families. We provide employment, training and placement, health services and children's programming. A very strong reference in our movement is to our elders. It has always been part of a traditional... You've probably heard already how important our elders are in guiding us through difficulties, and we need to expand on that area of development. There are also life-skills training and alcohol and drug programs throughout our movement related to some of those.

The suicide statistics are absolutely incredible in terms of aboriginal people, youth in particular, as our document, and the part that Heather was going to talk about, suggests.

## [Traduction]

Peut-être pouvons-nous passer à un rapide résumé. Je tiens beaucoup à ce que nos conclusions soient consignées au procès-verbal pour que vous sachiez que les centres d'amitié jouent un rôle très important dans la vie des autochtones en milieu urbain. C'est dans les villes que l'on retrouve la plupart des autochtones du Canada.

Le financement des centres d'amitié, je me permets de le dire, n'est pas une des questions qui a récemment fait l'objet d'une controverse. Nous ne recevons pas de fonds du ministère des Affaires indiennes. C'est la qualité de notre travail qui nous a valu une réputation bien assise. Nous n'avons jamais fait l'objet de critiques de la part du Vérificateur général. En fait, sur un total de 5 milliards de dollars, nous ne recevons que 17 millions pour financer les 115 centres d'amitié répartis dans tout le Canada. Dans le cas de certains autres services, cette somme est multipliée par trois ou par quatre.

Je voulais m'assurer que vous compreniez bien à quel point les centres d'amitié sont différents et comment nous pratiquons la politique de la porte ouverte. Que vous soyez malade, que vous ayez perdu vos enfants, que vous souffriez de ceci ou de cela, que vous soyez Métis, Indien non inscrit, inscrit dans une autre province—cela n'a aucune espèce d'importance dans les centres d'amitié établis en milieu urbain. Nous accueillons aussi bien les autochtones que les non-autochtones. Certains d'entre vous le savent peut-être, mais d'autres peuvent l'ignorer. Je voulais simplement souligner ce point.

Donc, pour passer à la conclusion—c'est juste une page—les gens que nous côtoyons ont des origines socio-économiques très différentes et divers liens s'établissent entre les gens qui vivent dans la rue, les professionnels et les gens d'affaires. Les bénévoles auxquels nous faisons appel sont parfois des professionnels. Je me considère moi-même, à titre d'administrateur, comme un professionnel. Il y a des liens qui se créent entre des gens qui appartiennent à toutes les nations autochtones.

Bien des gens ont survécu à leur passage dans les pensionnats. Nombreux d'entre eux sont maintenant des parents célibataires ou non. Nous offrons des services d'emplois, de formation, de placement, ainsi que des services médicaux et des programmes destinés aux enfants. Nous accordons une place importante à nos anciens. Cela a toujours fait partie d'une tradition... Vous avez sans doute déjà entendu parler de l'importance du rôle que jouent nos anciens pour nous aider à surmonter les difficultés, et c'est là un aspect de nos activités qu'il faudrait développer. Nous offrons également des programmes de préparation à la vie quotidienne et de lutte contre l'usage de l'alcool et des drogues.

Les statistiques concernant le suicide chez les autochtones, notamment chez les jeunes, sont absolument incroyables, comme nous le soulignons dans notre mémoire; c'est d'ailleurs un sujet que devait aborder Heather.

## [Text]

I think we have a series of recommendations. I hope you get them translated quickly. We want you to recognize friendship centres as accountable, effective and efficient bodies. We know this is the case and we invite any inquiry into our movement. The notable difference between our movement and our aboriginal people in urban areas working together has a history that you can find out from anybody in terms of its credibility and accountability.

We're already working with Health Canada. You know the Head Start, your consultation... and I urge you to talk to some of your senior people, such as Brian Ward, about what they heard in the consultation in urban areas. I can tell you that in national organizations there are certain community members who are very wary, with one exception, the National Association of Friendship Centres, because we're very locally based. Fewer than 2% of our resources stay at the national. The rest is all out there.

• 1200

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Okay, Wayne, that was your five-minute warning. We now have four minutes left.

**Mr. Helgason:** It's unfortunate.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** So, colleagues, we have four minutes of questions.

We'll pass to Pauline, please.

**Mme Picard:** Je n'ai pas de questions, monsieur le président.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Dr. Hill.

**Mr. Hill:** I'm familiar with the friendship centres. I have some in my own community. I've always thought that as the native communities talk about moving towards self-sufficiency and becoming non-dependent on the federal government, on the Big White Father, that the friendship centres sounded to me like they might end up melding into the social safety net for the rest of Canadians.

Do you see yourselves as working yourselves eventually out of a job?

**Mr. Helgason:** Well, I think we see ourselves as ultimately being in a sort of transition, working ourselves out of the job that has a solvent and drug abuse element, working ourselves into areas of education, promotion of health and development, prevention. People will organize ultimately anyway to achieve certain things. Obviously, government will be interested in certain outcomes in communities, education and economic development. That's where we'd like to go.

In the meantime, though, we see so many urban aboriginal people caught up in the social safety net, dependent upon a system that isn't working very well.

## [Translation]

Je pense que nous avons une série de recommandations à vous faire. J'espère que vous les ferez traduire rapidement. Nous souhaitons que vous reconnaissiez les centres d'amitié comme étant des organismes responsables, efficaces et rentables. Nous savons qu'il en est ainsi et nous ne craignons absolument pas que l'on enquête sur nos activités. Notre organisation est tout à fait différente et notre action auprès des autochtones vivant en milieu urbain est reconnue comme crédible et responsable, ce que tout le monde pourra vous confirmer.

Nous travaillons déjà de concert avec Santé Canada. Vous connaissez le projet Head Start, votre consultation... et je ne peux que vous encourager à parler à certains de vos fonctionnaires, comme Brian Ward, afin qu'il vous dise quels sont les commentaires qu'ils ont recueillis au cours des consultations menées dans les centres urbains. Je peux vous dire que dans certains organismes nationaux on trouve des représentants de la communauté très circonspects, à une exception près, l'Association nationale des centres d'amitié, car c'est au niveau local que nous agissons. Moins de 2 p. 100 de nos ressources servent à financer l'association nationale. Tout le reste est consacré aux activités locales.

**Le vice-président (M. Jackson):** Très bien, Wayne, le signal que je vous ai donné indiquait qu'il vous restait cinq minutes. Il n'en reste maintenant plus que quatre.

**M. Helgason:** C'est dommage.

**Le vice-président (M. Jackson):** Eh bien, chers collègues, nous avons quatre minutes à consacrer aux questions.

Pauline, vous avez la parole.

**Mrs. Picard:** I don't have any questions, Mr. Chairman.

**Le vice-président (M. Jackson):** Monsieur Hill.

**M. Hill:** Je connais bien les centres d'amitié. Il y en a dans ma propre communauté. En entendant les collectivités autochtones parler de devenir financièrement autonomes et de ne plus dépendre du gouvernement fédéral, du Big White Father, j'ai toujours pensé que les centres d'amitié allaient finir par se perdre dans le filet de sécurité sociale dont bénéficient tous les autres Canadiens.

Pensez-vous que vos activités vont éventuellement aboutir à vous mettre au chômage?

**M. Helgason:** Eh bien, je pense qu'au bout du compte, nous envisageons une sorte de période de transition au cours de laquelle nous abandonnerons certaines activités comme le traitement de ceux qui inhalent des solvants ou qui font l'abus de drogues, pour nous orienter vers des domaines comme l'éducation, la promotion de la santé et du développement et la prévention. Les gens finiront par s'organiser, de toute façon, pour réaliser certains objectifs. Il va de soi que le gouvernement s'intéressera à certains aspects de la vie des communautés, comme l'éducation et le développement économique. Ce sont des domaines où nous aimerions apporter notre contribution.

Toutefois, nous n'en sommes pas là et ce que nous pouvons constater c'est que bien des autochtones vivant en milieu urbain se retrouvent pris dans le filet de sécurité sociale et dépendent d'un système qui ne fonctionne pas très bien.



[Texte]

So, yes, we see ourselves phasing out of a whole bunch of jobs and taking on some other ones that are more self-sufficient, more health oriented, but still the responsibility of all of us.

Does that, Mr. Hill, answer your question fairly. . . ?

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Thank you, Grant. That's a very important question. It's got to be about the mind-set and expectations, and I think Grant is right when he says that notwithstanding the fact that you're doing yourselves out of a job, the process has to stop and begin someplace, and it actually stops I guess when society can take itself up by the bootstrap, when it doesn't have any problems at all and it can interact without that assistance that becomes bureaucratic and wasteful.

Harold.

**Mr. Culbert:** Thank you, Mr. Chair.

First of all, thank you very much for coming here and sharing your experiences with us this morning. It's very important to the work that we continue to do, and I assure you that we certainly will read your detailed report in its fullness once we receive it in its translated form.

I guess it would be safe to say, Mr. Helgason, that you're sold on the friendship centres. I think you did an excellent job on that part of it, I might say. In regard to a point that Mark made, because of the time element that we have this morning, I want to touch on one thing. I concur with several things you said. You talked about programs being carried on by the community itself, those professional programs and so on, and I guess I'm looking to you for input or information on how we approach that to assure that we get those people interested.

Let's say, in health care, for example, we get the interest there in health care professionalism. We get the training that's needed, if it's funding, or we get the availability for them to get into those programs that are necessary to obtain that training. How do we go about encouraging this whole format, because in order to have the community look after it, we have to have them trained in the interests in that area? Perhaps you can touch on that briefly.

**Mr. Maracle:** I think a straightforward response to that is that the health care system for aboriginal people, whether they're on reserve or off reserve, is a growth area. One of the things they're absolutely asking for is relevant and culturally appropriate training, and that's respecting where they're coming from and who they are as a people in this country.

That's not to say that the professional training system that's out there is not inappropriate. The fact is that the many gifts and understandings and teachings that we have as aboriginal people have not been respected and have not been incorporated into the mainstream training and education system, whether it's health care or anything else in this country.

We're looking at that in terms of the design, implementation, and delivery of adequate and appropriate training systems with real aboriginal input. It can't help but make the system better for all Canadians.

[Traduction]

Par conséquent, oui, c'est vrai nous envisageons d'abandonner tout un tas d'activités et assumer d'autres rôles qui ont davantage trait à l'autonomie financière, à la santé, mais dont nous demeurons tous responsables.

Monsieur Hill, est-ce que cela répond à votre question. . . ?

**Le vice-président (M. Jackson):** Merci, Grant. C'est une question extrêmement importante. Cela a trait aux mentalités et aux attentes et je crois que Grant a raison lorsqu'il dit que, même s'il est vrai que vos activités peuvent éventuellement aboutir à vous mettre au chômage, le processus doit avoir un début et une fin; il s'arrête, je suppose, lorsqu'une société est capable de se débrouiller seule, lorsqu'il n'y a plus aucun problème et lorsqu'elle peut agir sans une aide bureaucratique synonyme de gâchis.

Harold.

**M. Culbert:** Merci, monsieur le président.

Tout d'abord, merci d'être venu et de partager avec nous ce matin le fruit de votre expérience. C'est une contribution très importante à nos travaux et je peux vous assurer que nous allons prendre connaissance de tout votre mémoire dans ses moindres détails, dès qu'il aura été traduit.

Monsieur Helgason, je suppose qu'il serait juste de dire que vous soutenez sans réserves les centres d'amitié. Je dois dire que vous avez fort bien défendu votre cause. Il y a un point sur lequel Marc n'a pas pu s'attarder ce matin et que je veux relever. Vous avez fait plusieurs observations auxquelles je souscris. Vous avez parlé de programmes dont se charge la communauté, des programmes offerts par des professionnels, entre autres, et je voudrais que vous me disiez comment nous devrions nous y prendre pour que les membres de ces communautés s'y intéressent.

Disons, par exemple, que dans le domaine des soins médicaux nous puissions intéresser certaines personnes à acquérir des connaissances professionnelles. Disons que nous prenons les dispositions nécessaires pour leur fournir la formation requise, ou le financement, ou l'accès aux programmes qui permettent d'obtenir cette formation. Que pourrions-nous faire pour favoriser ce genre de choses? En effet, si nous voulons que la communauté se charge de cela, il va falloir former les gens. Pourriez-vous dire quelques mots à ce sujet?

**M. Maracle:** Pour vous répondre carrément, le système de soins médicaux destiné aux autochtones, qu'ils vivent dans des réserves ou non, est un domaine à développer. Il y a une chose sur laquelle les communautés insistent: il faut que la formation soit pertinente et appropriée sur le plan culturel et qu'elle respecte l'héritage et l'identité de notre peuple.

Je ne dis pas que le système de formation professionnelle qui existe n'est pas peu approprié. Mais on doit reconnaître que les nombreux dons, la façon d'envisager les choses et les connaissances des peuples autochtones n'ont pas été respectées ni intégrées au système général de formation et d'éducation, que ce soit dans le domaine de la santé ou dans un autre.

Nous entendons par là que les Autochtones doivent réellement contribuer à la conception et à la mise en oeuvre des systèmes de formation qui leur conviennent le plus. Le système dont bénéficient tous les Canadiens ne s'en trouvera que mieux.



## [Text]

**Mr. Culbert:** Just to follow that up one more step, are you suggesting encouraging aboriginal people to become involved in the medical programs of present universities is not really the answer?

**Mr. Maracle:** I think it's only one part of the answer.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Thank you very much. Hopefully we have heard your message.

Hedy, we apologize. We should get you to speak next time instead of all those guys muscling you out of time. It was a very good presentation and I think we understand what you were trying to say. You have some written information and we will take your message into consideration as we study this topic. Thanks for coming. We appreciate the time and effort you've spent.

**Mr. Maracle:** Thank you.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** We'll now go to our next set of witnesses. We welcome Madeleine Dion.

**Ms Madeleine Dion Stout (Director, Centre for Aboriginal Education, Research and Culture, Carleton University):** I had an offer to come back to present in February, but since I've come here I might as well just do it, as they say. I thank you for inviting me. I'm the director of the Aboriginal Centre at Carleton University. My first incarnation was as a nurse. I have done post-graduate work in development studies and I am a teacher and the head of the centre at Carleton University. I'm Cree from Alberta and have devoted all my professional life to health development. Because I've been able to do that, I've kept a pulse on the mental health development in our first nations communities.

Today I want to give what I call a cultural interpretation of the mental health status in first nations communities. In order to get a good handle on the mental health status in first nations communities—when I say first nations communities I am referring to reserve communities because that's my frame of reference. Coming from a reserve, that's really what I feel I am in the best position to talk about.

• 1210

I feel that in order to grapple with mental health problems in our communities we have to define the term "culture", and being a consummate academic, I guess, I've defined culture as being "relational" and made up of historically determined communicative processes between subjects and power relations. Very much, culture to me is relational. It's historically determined, and it's between groups of people, if you will. I think it's important to keep that in mind as I just give the overview of my paper.

If I were to define mental health for first nations communities, when native people talk about health we refer very much to the wellness continuum of health, rather than focusing on the illness part of health. I see advantages and disadvantages to that, meaning that, for instance, I was raised to believe that people with disabilities have come from the spiritual plane to the physical plane to teach us life's lessons because they're going to teach us something about people with differences.

## [Translation]

**M. Culbert:** Allons un peu plus loin. Est-ce qu'à votre avis ce n'est pas une bonne méthode que d'encourager les Autochtones à participer aux programmes de médecine offerts actuellement par les universités?

**M. Maracle:** Je pense que c'est seulement une partie de la réponse.

**Le vice-président (M. Jackson):** Merci beaucoup. Vous avez fait passer votre message, je crois.

Hedy, toutes nos excuses. La prochaine fois, c'est à vous que nous demanderons de prendre la parole au lieu de la donner à tous ces hommes qui ne vous ont pas laissé le temps de vous exprimer. Votre exposé était excellent et je pense que nous comprenons le message que vous avez essayé de nous transmettre. Vous nous avez fourni des informations par écrit et nous les prendrons en considération lorsque nous examinerons cette question. Merci d'être venu. Vous avez consacré du temps et bien des efforts à votre comparution et nous vous en savons gré.

**M. Maracle:** Merci.

**Le vice-président (M. Jackson):** Nous passons maintenant au témoin suivant. Nous accueillons Madeleine Dion.

**Mme Madeleine Dion Stout (directrice, Centre pour l'éducation, la recherche et la culture autochtones, Université Carleton):** On m'a proposé de revenir faire mon exposé en février mais, comme on dit, puisque j'y suis, j'y reste. Merci de m'avoir invitée. Je suis directrice du Centre autochtone de l'Université Carleton. Autrefois, j'étais infirmière. J'ai fait des études supérieures en développement, j'enseigne et je dirige le centre à l'Université Carleton. Je suis Crie, originaire de l'Alberta, et j'ai consacré toute ma vie professionnelle au développement du secteur de la santé. Ce faisant, j'ai pu suivre l'évolution de la santé mentale au sein des collectivités des Premières nations.

Aujourd'hui, je souhaite vous donner ce que j'appelle une interprétation culturelle de l'état de santé mentale qui règne dans les collectivités des Premières nations. Pour que vous ayez une bonne idée de la situation dans ces communautés—j'entends par là celles qui se trouvent sur des réserves, car c'est mon cadre de référence. Je viens d'une réserve, et c'est pourquoi je me sens à l'aise d'en parler.

J'estime que pour saisir les problèmes de santé mentale de nos collectivités, il faut définir le terme «culture» et comme je suis un parfait universitaire, je suppose, j'ai défini la culture comme étant «relationnelle» et constituée de processus de communications historique des relations entre les sujets et le pouvoir. Je considère vraiment que la culture est un facteur relationnel. Elle est déterminée par l'histoire et existe, en quelque sorte, entre des groupes de personnes. Je pense qu'il est important de bien se le rappeler lors de ce bref examen de mon mémoire.

S'il fallait que je définisse la santé mentale pour les collectivités des Premières nations, je dirais que lorsque les Autochtones parlent de santé, ils pensent au caractère continu du bien-être physique plutôt que de considérer la santé comme l'opposé de la maladie. J'y vois des avantages et des inconvénients car, par exemple, on me disait, dans mon enfance, que les personnes atteintes d'invalidité étaient descendues du plan spirituel au plan physique pour nous enseigner les leçons de la vie, parce qu'elles nous apprennent quelque chose au sujet des gens qui sont différents des autres.

## [Texte]

I accept that wholeheartedly today, but I also have to analyse that cultural teaching critically, and I have to come to terms with the fact that people with disabilities have to name their disability in order that they can acquire services, if that's what they need in their communities, for instance. So we can't go around saying, "These are the gifts that I bring from the Creator". I think that at the same time some of these gifts have to be named, if you will.

For me, when I consider mental health I have to frame it in a way that I look at the deprivations that bring about poor mental health conditions for the people in first nations communities. Here I have to think about a Cree word, which is *keeteemahsoween*. *Keeteemahsoween* is a word that means poverties, and poverties are not just material deprivation in the Cree definition of poverty.

What it means is any basic unmet human need, alienations of all kinds, oppressions of all kinds, alienation from job opportunities, from education opportunities. Those things to us are *keeteemahsoween* or poverties. Poverties to us then are any basic unmet human need, and with basic unmet human needs pathologies arise, and that's where I think some of our mental health problems arise.

I want to talk a little bit about the cultural phenomena of relationships, values, and elders. I want again to critique these within the reserve community context. Rather than critiquing them from within the overall system, I want to look at the reserve community context because we are, after all, into a self-government mode, and I think it's time that we shift the discourse from the overarching situation to one where we examine ourselves within the community. By doing that, we raise some of the challenges that we face with regard to our mental health status.

I also want to end this on a positive note and give you a quick little overview of what communities are doing in order to end family violence in their communities, the policy directions they are taking.

If I look at the phenomenon of relationships I would very much have to say it is an open-ended spiral, with self being very central to the spiral, self meaning *keenah*, as we would say in Cree—youself, that you're very central and that you have will and the ability and the medicine to make change for yourself.

Medicine is very critical, because we have this deep cultural understanding that we all have medicines, and some medicines can be either more powerful or less powerful than others. Here I suppose the idea of the elders comes into the picture, as well as our own upbringing. A lot of mental health problems arise because children grew up in "war zones" in some of our communities.

After self, then, we have to transmit this individual power to family, through values, attitudes, behaviour, and institutions.

## [Traduction]

J'accepte cette notion sans réserve maintenant, mais je dois aussi faire une analyse critique de cet enseignement culturel et m'habituer à l'idée que les gens atteints d'invalidité doivent donner un nom à leur maladie pour obtenir les services requi, si c'est ce dont ils ont besoin dans leur collectivité, par exemple. Il nous est donc impossible de proclamer que «ce sont des dons qui me viennent du Créateur». Je pense qu'il faut en même temps nommer ces dons en quelque sorte.

Quant à moi, je dois envisager la santé mentale sous l'angle des privations qui provoquent des maladies mentales chez les populations autochtones. C'est alors que me vient à l'esprit le mot *Cri keeteemahsoween*. *Keeteemahsoween* est un terme qui désigne les pauvretés, car pour les Cris, le terme pauvreté ne désigne pas seulement les privations matérielles.

Ce terme désigne tout besoin humain fondamental non satisfait, les aliénations de toutes sortes, les divers modes d'oppression, l'exclusion des emplois, le manque d'occasions de s'instruire. Tout cela entre, pour nous, dans la définition de *keeteemahsoween*, ou pauvretés. Les pauvretés sont pour nous les besoins humains fondamentaux non satisfaits, et l'insatisfaction de ces besoins humains fondamentaux cause des pathologies et c'est de là que proviennent, à mon avis, certains de nos problèmes de santé mentale.

Je vais vous dire quelques mots de phénomène culturel des relations, des valeurs et des aînés. Je fais de nouveau cet examen dans le contexte social de la réserve. Au lieu d'analyser ces notions de l'intérieur du système d'ensemble, je veux examiner le contexte social de la réserve, parce que nous sommes, après tout, dans un mode de gouvernement autonome, et je pense qu'il est temps de sortir d'une mentalité de tutelle pour commencer à nous examiner nous-mêmes dans notre propre collectivité. Par cette démarche, nous évoquons certains des défis que nous devons relever en ce qui concerne l'état de notre santé mentale.

Pour terminer sur une note positive, je vais vous donner un rapide aperçu de ce que font les collectivités pour mettre fin à la violence familiale et des orientations politiques qu'elles prennent à cet égard.

Si j'examine le phénomène des relations, je n'ai guère d'autre choix que de dire que c'est un spirale sans fin, dont l'ego est essentiellement le point central, cet ego signifiant *keenah*, comme nous dirions en cri—c'est-à-dire soi-même, que l'on est soi-même au centre des choses et qu'on a la volonté, la capacité et les remèdes pour se changer soi-même.

La notion de remède est vraiment essentielle, parce que nous avons cette profonde conviction culturelle que nous avons tous des remèdes, et que certains remèdes peuvent être plus puissants ou moins puissants que d'autres. C'est ici, je suppose, que la notion des aînés entre en jeu, ainsi que la façon dont nous avons été élevés. Un grand nombre de nos problèmes de santé mentale proviennent du fait que les enfants ont grandi dans des «zones de guerre» dans certaines de nos localités.

Au delà du soi-même, nous devons transmettre ce pouvoir individuel à la famille au moyen de valeurs, d'attitudes, de comportement et d'institutions.



## [Text]

Then we extend the concept of family to include community. In developing community we develop agency; the ability to make change, if you will.

As we move from community to the world, we have to challenge the existing imbalances that occur in the cultural and structural divide between the peoples of the world.

So on the one hand I'm trying to look at native mental health issues within the reserve community context. But I think we have to understand we're part of the bigger system too. From self we go up into the largest spiral of the world. There, because of our belief systems, we have to remember the people who have been, the people who are yet to be, and those who are.

Coming back from the world. . . the world collapses back onto self. Again we have to recreate ourselves in this context.

I think this is a very fundamental philosophical basis for us to understand what we mean by the mental health needs of native people.

The timeless values of caring, loving, and sharing have held us up well over the years. But there are some observers who would say there's very little hard evidence of this happening today in our communities. I feel there is still some semblance of those values.

But I see emerging values happening very rapidly. I think we have to consider other values that have to be part of our self-government initiative. Those I see as space; space being more vital than time. Psychological space, physical space, political space, have to be accorded to ordinary men and women in our communities. I think as we go into a self-government mode, planning will be important, but improvisation seems to be the order of the day even in my work world, and I'm sure in your work world too. We have to improvise because the world is changing, it seems.

I also feel we have to keep up hope. Too long we've had expectations, and now we must thrive on hope. As ambiguous as that might be, we have to engender hope more than ever.

I also feel as native people we have to consider one's self as other, meaning if I look at each one of you, I'm able to see myself in each one of you; it stirs in me some kind of desire to move to interact with you in a way that is mutually obliging, and I have a mutual duty for your welfare.

Often we say we have to see ourselves as the Creator does. But I find that a little hard to make tangible. I'm not saying we shouldn't believe, but I'd rather say one of the values we should engender in one another is one's self as other.

## [Translation]

La notion de famille s'élargit ensuite pour inclure la collectivité. En développant la collectivité, nous développons le sens de l'action, la capacité de faire des changements, en quelque sorte.

En passant de la collectivité au reste du monde, nous devons constater les déséquilibres actuels inhérents aux divisions culturelles et structurelles qui séparent les peuples du monde.

D'un côté, par conséquent, j'essaie d'examiner les questions de santé mentale des autochtones dans le contexte social de la réserve. Mais je pense que nous devons comprendre que nous faisons aussi partie d'un système plus vaste. Nous partons de l'être individuel pour nous engager dans la vaste spirale du monde. Une fois là, en raison de nos systèmes de croyance, nous devons nous souvenir de ceux qui nous ont précédés, des générations futures et de la génération actuelle.

Et revenant du vaste monde. . . celui-ci s'écroule sur lui-même. De nouveau, c'est dans ce contexte que nous devons même nous recréer.

Je pense que c'est la base philosophique très fondamentale sur laquelle nous devons nous appuyer pour comprendre ce que représentent pour nous les besoins en santé mentale des autochtones.

Les valeurs éternelles de la compassion, de l'amour et du partage nous ont bien servis au fil des temps. Mais certains observateurs sont portés à affirmer que l'on n'en voit plus guère la trace de nos jours dans nos localités. Je crois pourtant que des valeurs de ces valeurs subsistent encore.

Mais de nouvelles valeurs apparaissent très rapidement. Je pense que nous devons tenir compte d'autres valeurs qui doivent faire partie de notre initiative de gouvernement autonome. C'est pour moi une question d'espace; l'espace étant plus vital que le temps. Il faut mettre l'espace psychologique, l'espace physique, l'espace politique en accord avec les hommes et les femmes ordinaires de nos localités. Je pense qu'avec l'avènement du gouvernement autonome, il sera important de planifier, alors que l'improvisation semble conserver le haut du pavé dans mon monde de travail, comme dans le vôtre aussi, j'en suis sûr. Il semble que nous devions improviser, parce que le monde change.

J'estime également que nous devons maintenant l'espoir. Nous avons eu des attentes pendant trop longtemps et, maintenant, nous devons vivre d'espoir. Aussi ambigu que cela puisse paraître, nous devons plus que jamais créer de l'espoir.

Je pense également que, comme autochtones, nous devons nous considérer comme étant l'autre, c'est-à-dire que, en regardant chacun de vous, je peux me reconnaître moi-même; cela m'inspire une sorte de désir de commencer à interagir avec vous dans une perspective d'obligation mutuelle, parce que j'ai le devoir, mutuel, de veiller à votre bien-être.

On dit souvent qu'il faut se voir soi-même comme le Créateur nous voit. Mais c'est une notion que j'ai un certain mal à concrétiser. Je ne dis pas qu'il ne faut pas croire, mais je préfère dire que l'une des valeurs que nous devons créer chez chacun de nous est l'aptitude de se reconnaître dans l'autre.



## [Texte]

The phenomenon of elders... you've heard in the presentations before me that this is a very critical cultural phenomenon for us. But again, I have to say let's examine our traditions critically. Let's be critical thinkers. Let's not, 25 years from now, say we abdicated too much of our power to elders. They're overworked, yet we're still saying, you take care of it; I don't have to take care of myself; you take care of it.

The other difficulty I have with the concept of elders is it emphasizes a hierarchy, which I think takes away a lot of personal responsibility from all of us. There's also been a great lack of use, and abuse, of elders. Some of this is taking place in the political context.

• 1220

I'll tell you a little bit about what initiatives communities are taking to end family violence. One is the very critical point of breaking the silence. Women are now coming forward on CBC. CBC Radio is where I've heard them. As afraid as they might be to disclose and oppose some of the injustices that are happening in their communities that are threatening their mental health status, they are doing so. So voice is very important as well, as an emerging value.

Voluntary associations are happening in the communities. Because not all of us can sit in the chairs that you're sitting in, I hope that we will find a way to support social movements that will bring about better mental health status for the people. That is happening. Voluntary associations are happening in our communities.

Also, of course, cultural approaches and spirituality are making a difference. Again, though, we can't over-sentimentalize this whole movement back to traditions. To be ethically responsible, we have to be critiquing the movement all the way along.

Voluntary associations are very important, and the frontline work being done in our communities needs to be recognized and supported.

I don't want to say more than this, because I know we're in a time crunch here.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** Thank you very much for a very thoughtful and eloquent presentation. You are a credit to your profession. You give us a good point of view from your experiences, and I hope that somehow your information will get into the forum for health, which is about vision and what we're going to do about health well into the future. Oh, you're a member. I appreciate what you said to us. I can see why nurses are going to be playing a much bigger role in the future of health.

I had better not get into this but instead let some of our people ask questions. Mrs. Picard.

**Mme Picard:** Je voulais vous remercier de votre présence. J'ai beaucoup apprécié votre exposé. Vous avez été très intéressante. Je n'ai pas de questions.

## [Traduction]

Le phénomène des aînés... vous avez entendu, dans les témoignages précédents, que c'est un phénomène culturel vital pour nous. Mais je répète que je dois examiner nos traditions avec un esprit critique. Nous devons vraiment faire preuve d'esprit critique. Il ne faudra pas dire, dans 25 ans, que nous avons confié une trop grande partie de notre pouvoir aux aînés. Ils plient sous le fardeau et, pourtant, nous leur disons de s'en occuper; nous estimons que nous n'avons pas à l'assumer nous-mêmes, que c'est à eux de le faire.

L'autre difficulté que présente pour moi la notion des aînés, c'est qu'elle donne de l'importance à la hiérarchie, ce qui nous dégage tous d'un grand nombre de nos responsabilités individuelles. Je pense aussi qu'on a soit gravement négligé, soit exagéré le recours aux aînés. On en voit des exemples dans le contexte politique.

Je vais vous dire quelques mots de ce que font les collectivités pour mettre fin à la violence familiale. Une initiative d'importance cruciale a consisté à rompre le silence. Les femmes viennent maintenant parler à la radio. C'est sur les ondes de Radio-Canada que je les ai entendues. Quelle que puisse être leur peur de révéler et de dénoncer certaines des injustices qui se produisent dans leur localité et qui menacent leur santé mentale, elles le font néanmoins. La voix est donc aussi très importante et devient une nouvelle valeur.

Des associations bénévoles se constituent dans nos localités. Étant donné que nous ne pouvons pas tous occuper les fauteuils, où vous êtes installés, j'espère que nous trouverons le moyen de soutenir les mouvements sociaux qui viendront améliorer la santé mentale de la population. C'est un phénomène nouveau que des associations bénévoles voient le jour dans nos collectivités.

N'oublions pas non plus, naturellement, que les démarches culturelles et la spiritualité jouent un rôle important. Cependant, il ne faut pas trop idéaliser l'ensemble de ce retour aux traditions. Au nom de notre sens de l'éthique, nous ne devons jamais cesser d'observer le mouvement d'un oeil critique.

Les associations bénévoles sont très importantes et le travail de première ligne qu'elles accomplissent dans nos localités mérite d'être reconnu et soutenu.

Je n'en dirais pas davantage, parce que je sais que le temps nous est compté.

**Le vice-président (M. Jackson):** Je vous remercie sincèrement d'un témoignage aussi profond qu'éloquent. Vous faites honneur à votre profession. Vous nous donnez un excellent aperçu de votre expérience et j'espère que vos idées trouveront d'une façon ou d'une autre leur place dans la discussion sur la santé, qui est une affaire de vision et de ce que nous allons faire à ce sujet dans l'avenir à long terme. Oh, vous êtes un membre. Je vous remercie de ce que vous nous avez dit. Je comprends mieux pourquoi les infirmières vont jouer un rôle beaucoup plus important dans l'avenir de la santé.

Il vaut mieux que je n'en dise pas davantage et que je laisse aux membres du comité le soin de poser des questions. Madame Picard.

**Mrs. Picard:** I want to thank you for coming here today. I have appreciated your testimony. You have been very interesting. I have no questions.

## [Text]

**Mr. Culbert:** In looking at the study we're doing, I am reminded of the old saying I've very often heard, "Until you've walked a mile in someone else's shoes. . .". Or in their moccasins; I've heard that expression too.

The words "mental health" and the connotation you spoke of take in a lot of areas: stress control, alcohol, drugs, violence, self-worth that you spoke of, sense of value, sense of need. It takes in all of those, so it's a big ambit. Nevertheless, that's the responsibility and task that we as a committee have accepted and taken on.

I'm just looking for our best approach to drawing out your expertise and your background from your own communities and the others with which you're very familiar. Naturally, people are very hesitant to come forward and say that they have a problem in an area and how you define it.

How do we approach that so we're working together with the communities, with the native people, so that we in fact get that inner feeling brought forward to us so we can have a report of which you and we can both be proud and we'll do something to remedy the situation, rather than something to be put on the shelf and be added to another collection, because that's just wasting everybody's time?

• 1225

**Ms Dion Stout:** Once you've heard people and documented the hearings, I would recommend you make time to take it back to them and ask if that is what they said.

**Mr. Culbert:** Such as in a draft copy?

**Ms Dion Stout:** Yes, or even meeting some of the key informants, although I don't like that term because often it's the privileged and pedigreed who appear before people like you. I would like to see ordinary men and women have an audience with you. I would like to see that what you hear is what you transcribe.

I titled my paper "A Cultural Interpretation of Mental Health Development in Native Communities", so cultural interpretation to me is very important. The way I define "cultural" is very significant here, because it's power relations. It's not like your belief systems, although a lot of that is a part of it.

I always think when we go around talking to people and listening to them, we don't make sure we have heard them right and have captured what they're saying properly. I would allow for time to go back and ask, is this what you told us? Can we now act with this? Because we often stop with just writing down the information and then processing it from there, but we don't go back to cross-check what we've heard.

I feel sad because I think the royal commission has missed that last point of contact because of the way it began. It was very noble and wanted to hear people out, but the rating part is consuming the rest of the time. There will be very little chance for its members to go back and ask once more, is this what you told us?

## [Translation]

**M. Culbert:** À l'occasion de nos travaux, il m'arrive de penser au vieux dicton: «Tant que tu n'as pas marché un bon kilomètre dans les souliers de l'autre. . .» ou dans ses mocassins, comme on le dit aussi.

La notion de «santé mentale» et la façon dont vous en avez parlé recouvre un vaste domaine: le contrôle du stress, l'alcool, les drogues, la violence, l'estime de soi, le sens des valeurs, le sens du besoin. Tout cela est en cause, ce qui n'est pas une mince affaire. Néanmoins, c'est la tâche que nous avons assumée, comme comité, et que nous voulons accomplir.

Je cherche simplement ce qui serait pour nous la meilleure façon de tirer profit de votre expertise et de l'expérience que vous avez acquise dans vos propres collectivités et les autres que vous connaissez très bien. Il est naturel que les gens hésitent beaucoup à venir dire qu'ils ont un problème dans un secteur donné et qu'ils ont du mal à le définir.

Comment devons-nous procéder pour travailler de concert avec les collectivités, avec les autochtones, afin d'obtenir la compréhension intime des problèmes qui nous permettra de rédiger un rapport dont nous pouvons être fiers, les uns et les autres, et qui apportera des solutions au lieu d'aller rejoindre la pile des rapports qui dorment sur les tablettes, parce que ce serait alors une perte de temps pour tout le monde?

**Mme Dion Stout:** Et après avoir entendu les gens et tiré des conclusions des audiences, je vous recommanderais de prendre le temps de leur soumettre votre rapport et de leur demander si c'est bien ce qu'ils ont dit.

**M. Culbert:** Un avant-projet du rapport, par exemple?

**Mme Dion Stout:** Oui, ou encore des rencontres avec les informateurs clés, bien que ce terme ne me plaise pas, parce que ce sont souvent les privilégiés et les hauts placés qui comparaissent devant des gens comme vous. J'aimerais que vous puissiez rencontrer des hommes et des femmes ordinaires. J'aimerais constater que vous reproduisez fidèlement ce que vous avez entendu.

J'ai intitulé mon exposé: «Une interprétation culturelle du développement de la santé mentale dans les collectivités autochtones», parce que l'interprétation culturelle est très importante à mes yeux. Ma définition du terme «culturelle» est très importante ici, parce qu'il s'agit de relations de pouvoir. Ce n'est pas la même chose que vos systèmes de croyance, même beaucoup de ceux-là en font partie.

J'ai toujours l'impression, quand on va parler avec les gens et les écouter, que l'on ne s'assure pas qu'on les a bien entendus et qu'on a bien saisi ce qu'il ont voulu nous dire. Il faudrait prendre le temps de retourner leur demander si c'est bien ce qu'ils nous ont dit, si l'on peut donner une suite à leur intervention. Il arrive souvent en effet que l'on se contente de noter les renseignements et de les traiter tels quels, sans retourner vérifier si c'est bien ce que l'on a entendu.

Je trouve dommage que la commission royale ait manqué le dernier point de contact à cause de la façon dont elle a démarré. Elle a fait preuve de grande noblesse et a tenu à entendre les gens, mais l'étape de l'évaluation absorbe le reste du temps. Les membres de la commission n'auront guère la possibilité de retourner demander aux intéressés si c'est bien ce qu'ils ont dit.



## [Texte]

**Mr. Culbert:** That's an excellent point. I thank you very much. I'm sure I express the views of this committee when I say we would rather do a little, do it right, and allow it to be productive than try to do a lot and not accomplish any goals.

**Mrs. Ur:** I thank you for your presentation. You made two statements that kind of red-flagged my attention. It's the first time I've heard the word "interact", and that was a positive.

We've had several witnesses who made me feel—and I'm speaking for myself, not the rest of my colleagues—that maybe we weren't exactly wanted, appreciated, or needed. I was glad to hear you see what we are really trying to do, and that was a positive.

The second thing I red-flagged was to meet with the ordinary people. It's so true. Good people are elected to positions, and I can certainly appreciate that, but maybe some of the grassroots people haven't been told what we really want to do. Maybe that's an avenue we should be looking at and not always speaking to bureaucrats. I don't know whether the bureaucrats of your society have become like the bureaucrats in the non-native society. We should make sure what we are really trying to assist with is genuine and we're not here to be a negative with the native people.

Your presentation has shed some positive light, and I appreciate it.

**Ms Dion Stout:** On your first point, for so long we've been saying Canada's a community of communities, and rightfully so. But I think there's a danger in overplaying that because the very terms we use, "grassroots, bottom-up, on-the-ground approach", suggest to me there are other levels involved. Somehow we have to build those partnerships, because I think there has been a tendency now for people to really move in opposite directions and not come together to help one another.

**The Vice-Chairman (Mr. Jackson):** You had the last word. Thank you very much for coming. Thank you, colleagues, for your cooperation.

This meeting is adjourned.

## [Traduction]

**M. Culbert:** C'est un excellent argument. Je vous remercie beaucoup. Je suis convaincu d'exprimer le point de vue de notre comité en disant que nous préférons ne pas en faire beaucoup, mais le faire correctement et d'une façon productive plutôt que d'entreprendre un tas de choses et de ne rien accomplir.

**Mme Ur:** Je vous remercie de votre témoignage. Deux de vos déclarations ont retenu mon attention. C'est la première fois que j'entends le terme «interagir» dans un sens positif.

Plusieurs témoins m'ont donné l'impression—mais je ne parle que pour moi, et non pour mes collègues—que notre démarche n'était peut-être pas vraiment désirée, comprise, ou nécessaire. J'étais heureuse de vous entendre dire que vous voyez ce que nous essayons vraiment de faire, et c'est très encourageant.

J'ai aussi remarqué votre mention du fait qu'il faudrait parler aux gens ordinaires. C'est très vrai. Des gens de talent sont élus aux postes de commande et je peux certainement le comprendre, mais il est possible que l'on n'ait pas expliqué aux gens de la base ce que nous voulons vraiment faire. C'est une option que nous devrions peut-être envisager, au lieu de toujours parler aux bureaucrates. Je ne sais pas si vos bureaucrates finissent par ressembler à ceux de la société non autochtone. Nous devons veiller à l'authenticité de ce que nous essayons vraiment de faire pour être utiles et à ce que nous ne soyons pas ici pour nuire aux autochtones.

Votre témoignage nous a donné certaines prospectives définitives, et je vous en remercie.

**Mme Dion Stout:** À propos de votre première observation, on dit depuis longtemps que le Canada est une collectivité de collectivités et on a bien raison. Mais je pense qu'il est dangereux de trop insister sur cette notion car les termes que nous utilisons, tels «les gens de la base, du bas vers le haut, de la démarche terre-à-terre» me donnent l'impression que d'autres niveaux d'intervention sont en cause. Nous devons trouver le moyen de bâtir ces partenariats, parce que je pense que les gens ont de plus en plus tendance à s'éloigner les uns des autres au lieu de se regrouper pour s'aider mutuellement.

**Le vice-président (M. Jackson):** Vous avez eu le dernier mot. Merci beaucoup d'être venue. Merci, chers collègues, de votre collaboration.

La séance est levée.



**MAIL  POSTE**

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

**Lettermail****Poste-lettre****8801320  
OTTAWA***If undelivered, return COVER ONLY to:*Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9*En cas de non-livraison,**retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9**WITNESSES***From the Native Mental Health Association of Canada:*

Dr. Clare Brant, Treasurer.

*From the Akwesasne First Nation Health and Social Services Facility:*

Andrea Cook, Manager, Mental Health Program;

Joanne Francis, Community Liaison Officer, Mental Health Program.

*From the National Association of Friendship Centres:*

Wayne Helgason, President;

Ivan Williams, Vice-President;

Mark Maracle, Executive Director.

*From the Centre for Aboriginal Education, Research and Culture:*

Madeleine Dion Stout, Director.

**TÉMOINS***De l'Association de la santé mentale des Autochtones du Canada:*D<sup>re</sup> Clare Brant, trésorier.*De Akwesasne First Nation Health and Social Services Facility:*

Andrea Cook, gérante, Programme de la santé mentale;

Joanne Francis, agent de liaison communautaire, Programme de santé mentale.

*De l'Association nationale des centres d'amitié:*

Wayne Helgason, président;

Ivan Williams, vice-président;

Mark Maracle, directeur exécutif.

*Du Centre pour éducation, recherche et culture autochtones:*

Madeleine Dion Stout, directrice.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

CAI  
XC28  
-1139

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 22

Tuesday, February 7, 1995  
Thursday, February 16, 1995

**Chair:** Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 22

Le mardi 7 février 1995  
Le jeudi 16 février 1995

**Président:** Roger Simmons

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

## Health

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Santé

### RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of a study on mental health and the Aboriginal Peoples of Canada

### CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, considération d'une étude concernant la santé mentale et les autochtones du Canada

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



## STANDING COMMITTEE ON HEALTH

*Chair:* Roger Simmons

*Vice-Chairs:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Members

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Associate Members

Madeleine Dalphond-Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
Réal Ménard  
John Murphy  
Svend J. Robinson  
Andy Scott

(Quorum 6)

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

*Président:* Roger Simmons

*Vice-présidents:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Membres

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Membres associés

Madeleine Dalphond-Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
Réal Ménard  
John Murphy  
Svend J. Robinson  
Andy Scott

(Quorum 6)

*La greffière du Comité*

Nancy Hall



## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 7, 1995

(35)

[Text]

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:15 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Bldg., the Chairman, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Harold Culbert, Michel Daviault, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore and Nancy Miller-Chénier, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to discuss its future business.

It was agreed, — That representatives from the National Forum on Health be invited to provide the Committee with a briefing session on projected activities.

It was agreed, — That the Clerk of the Committee be authorized to purchase relevant background materials for the Committee and/or the research staff as required, within a budget not to exceed \$1,000.00 and upon the approval of the Chair.

It was agreed, — That the Committee would consider the Order of Reference relating to the Decade of the Brain when it next reviews its list of study priorities. (*See Minutes of Proceedings, dated November 22, 1994, Issue No. 19*).

At 10:05 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, FEBRUARY 16, 1995

(36)

The Standing Committee on Health met at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 209, West Block, the Chair, Hon. Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*Acting Member present:* Leon Benoit for Grant Hill.

*Associate Member present:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore and Nancy Miller-Chénier, Research Officers.

*Witnesses: From the Native Physicians Association of Canada:* Dr. Judith Bartlett, Vice-President. *From the Aboriginal Nurses Association of Canada:* Lea Bill, President. *From the Sal'i'shan Institute:* Agnes Snow, Chief, Canoe Creek Tribal Council, B.C.; William Mussell, Principal.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of its study on mental health and the Aboriginal Peoples of Canada (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

## PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 7 FÉVRIER 1995

(35)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé tient une séance à huis clos à 9 h 15, dans la salle 536 de l'immeuble Wellington, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

*Membres du Comité présents:* Harold Culbert, Michel Daviault, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque: Odette Madore et Nancy Miller-Chénier, attachées de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité examine ses travaux à venir.

Il est convenu — Que les représentants du Forum national sur la santé soient invités à donner une séance d'information sur les activités au programme du Forum.

Il est convenu — Que le greffier du Comité soit autorisé à acheter la documentation dont le Comité ou le personnel de recherche pourrait avoir besoin, le cas échéant, dans les limites d'un budget ne dépassant pas 1 000 \$ et sur approbation du président.

Il est convenu — Que le Comité examine l'ordre de renvoi relatif à la Décennie du cerveau la prochaine fois qu'il examinera son ordre des priorités. (*Voir les Procès-verbaux du 22 novembre 1994, fascicule n° 19*).

À 10 h 05, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 16 FÉVRIER 1995

(36)

Le Comité permanent de la santé se réunit à 9 h 10, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de l'honorable Roger Simmons (*président*).

*Membres du Comité présents:* Margaret Bridgman, Harold Culbert, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

*Membre suppléant présent:* Leon Benoit pour Grant Hill.

*Membre associé présent:* Madeleine Dalphond-Guiral.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller-Chénier, attachées de recherche.

*Témoins:* De l'Association des médecins autochtones du Canada: Dr. Judith Bartlett, vice-présidente. De l'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada: Lea Bill, présidente. De l'Institut Sal'i'shan: Agnes Snow, chef, Tribu «Canoe Creek», Colombie-Britannique; William Mussell, directeur principal.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'examen de son projet d'étude sur la santé mentale et les autochtones du Canada. (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*).

Lea Bill, Dr. Judith Bartlett, William Mussell and Chief Agnes Snow each made an opening statement and answered questions.

At 10:50 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 11:20 o'clock a.m., the sitting resumed *in camera*.

It was agreed,—That the staff revise the proposed travel itinerary, within the budget approved by the Budget Sub-Committee of the Liaison Committee, for review by the Committee at its next meeting.

It was agreed,—That the Committee would consider the review of the 1994 Auditor General's report, upon receipt of his follow-up report due to be released this spring.

At 12:15 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

Lea Bill, le D<sup>r</sup> Judith Bartlett, William Mussell et le chef Agnes Snow font chacun une déclaration et répondent aux questions.

À 10 h 50, le Comité suspend ses travaux.

À 11 h 20, le Comité déclare le huis clos.

Il est convenu — Que, en prévision d'un examen par le Comité au cours de sa prochaine séance, le personnel de recherche procède à une révision du projet d'itinéraire, compte tenu du budget que le Sous-comité du budget du Comité de liaison a approuvé.

Il est convenu — Que le Comité se penche sur l'examen du rapport du vérificateur général pour 1994 sur réception de son rapport de suivi qui paraîtra le printemps prochain.

À 12 h 15, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*La greffière du Comité*

Nancy Hall

[Texte]

**EVIDENCE**

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, February 16, 1995

[Traduction]

**TÉMOIGNAGES**

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 16 février 1995

• 0909

**The Chairman:** Order.

We welcome our witnesses this morning.

I believe, Lea, you are going to get things going for us this morning. Go ahead, please.

**Ms Lea Bill (President, Aboriginal Nurses Association of Canada):** I have chosen to start our session today with a prayer, partly because some of the information I'm going to be sharing with you is sacred information. It's also for you, as a group, to experience some of the process that occurs when one is relaying information and/or experiencing any kind of healing ceremony.

• 0910

I'll let the smudge walk around the room as I proceed with a prayer.

Sacred Father of all creation, I thank you for the beauty and the wonder of this day. I thank you for the beauty and the wonder of life.

We sit here before you as your children and ask for your guidance. I ask that you guide our intellects, our emotions, our physical being, so our spirit may resonate the beauty of your essence; so this sacred energy may guide us; so we may carry the many gifts you have provided us with in a beautiful way.

I ask, O sacred Father, that you guide and direct my words and how I carry my physical being this day, so I may be harmonious, so I may share my words and my many gifts in a sacred way.

I ask also, O sacred Father, that you surround this sacred circle with your essence, so all may receive healing, so their minds and their hearts may be opened to the many beautiful things they are about to receive.

I acknowledge the spirit and the beauty of the Mother of all creation, the earth we walk upon, and I thank her for her many gifts. I thank her for the sustaining energy she provides each of us in many ways. I acknowledge her spirit, because without her we would not exist. I ask for energy to be part of this sacred day as we walk upon her. I ask that she guide us, so we may be receptive and respectful to one another. I ask that she provide us with the energy to direct us in a harmonious and loving way.

I acknowledge the grandfathers and the grandmothers who have been part of my healing journey, who have taught me and imparted sacred knowledge to me. I ask for their guidance as I sit here before you all, so they too may impart sacred knowledge to you in a sacred way.

**The Chairman:** As you begin, would you be kind enough to introduce the people with you? It's for our record.

**Le président:** La séance est ouverte.

Nous souhaitons la bienvenue à nos témoins.

Lea, je crois que c'est vous qui allez commencer ce matin. Vous avez la parole.

**Mme Lea Bill (présidente, Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada):** J'ai décidé de commencer la séance avec une prière, en partie parce que l'information que je vais vous transmettre est sacrée. C'est également pour que votre groupe vive en quelque sorte le processus de transmission de l'information ou celui de la cérémonie de guérison.

Pendant la prière, je vais faire circuler le brûle-herbes.

Père sacré de toute la création, je te remercie de la beauté et des merveilles de cette journée. Je te remercie de la beauté et des merveilles de la vie.

Nous sommes assis devant toi, nous, tes enfants, et nous te demandons de nous guider. Guide notre intelligence, nos émotions, notre être physique, afin que notre esprit traduise la beauté de ton essence. Que ton énergie sacrée nous guide afin que nous utilisions de la bonne manière les dons que tu nous as faits.

Ô Père sacré, je te demande de me guider dans mes paroles et dans mon comportement afin que je sois en harmonie, afin que je partage mes paroles et mes dons d'une manière sacrée.

Je demande aussi, Ô Père sacré, que tu enveloppes ce cercle sacré de ton essence, afin que tous reçoivent la guérison, que leur esprit et leur cœur soient ouverts à toute la beauté qu'il s'apprête à recevoir.

Je rends grâce à la Mère de toute la création pour son esprit et sa beauté, cette Terre qui porte nos pas, et je la remercie pour tout ce qu'elle nous donne. Je la remercie aussi de l'énergie avec laquelle elle soutient chacun de nous de bien des manières. Je reconnais son esprit et que sans elle, nous n'existerions pas. Je prie pour que son énergie nous accompagne pendant qu'elle porte nos pas, tout au long de cette journée sacrée. Je la prie de nous guider afin que nous soyons accueillants les uns pour les autres et respectueux les uns des autres. Je la prie de nous donner son énergie, afin qu'elle nous guide dans l'harmonie et l'amour.

Je remercie les grand-pères et les grand-mères qui ont suivi mon apprentissage et qui m'ont transmis leur savoir sacré. Je leur demande de me guider pendant que je suis devant vous, afin qu'ils vous transmettent des connaissances sacrées, d'une manière sacrée.

**Le président:** Pour commencer, auriez-vous la bonté de nous présenter les gens qui vous accompagnent? C'est pour les besoins du compte rendu.



## [Text]

**Ms Bill:** I am Lea Bill, from Alberta. I'm a community health nurse and a traditional healer. Judy Bartlett is a native physician. Agnes Snow, from British Columbia, is a chief of her band, I believe. William Mussell is also from B.C.

## [Translation]

**Mme Bill:** Je suis Lea Bill, de l'Alberta. Je suis une infirmière en milieu communautaire et une guérisseuse. Judy Bartlett est un médecin autochtone. Agnès Snow, de la Colombie-Britannique, est chef de sa Bande, je crois. William Mussell vient également de la Colombie-Britannique.

• 0915

**The Chairman:** Go ahead, Lea.

**Ms Bill:** I'm going to focus on four main areas. Primarily it's to share with you how one becomes a healer: the practices that are part of becoming a healer and the methods that are used and how that's applied in many different areas. I'm going to provide you with some examples of one tool and how that can be applied.

The overhead basically says the principles of becoming a healer. This is understood in many aboriginal communities, although the first one—to be a direct descendant of a healer—has been somewhat ignored in a lot of instances, because many individuals now are becoming healers as a result of their own life experience and as a result of their healing journey. This is also acceptable, providing that they do not impose their own pain upon somebody else.

Applying the teachings you've received as a healer into your daily life and your self-development is one of the basic principles—meaning that you walk your talk, always in search of knowledge that increases understanding of the teaching and your gifts, using the gifts with love and respect and keeping in your mind and heart that you are responsible to the creator as he's the one who has provided you with the gifts.

The understanding is that if you don't treat your gifts with respect and you don't use them in a good way, then they can be removed. This has been the experience of people I know of who have been healers. They no longer can practise with the proficiency and the ability they had when they began, because they became arrogant and started to misuse their gifts.

To always strive to teach others and to provide a service to humanity is one of the basic teachings of becoming a healer. It is not to have self-gain or to become a powerful person. That's not part of the teaching. When you become that way, you are no longer servicing humankind; you are servicing only yourself.

In terms of the levels of practice, this is where some people mistake that there are only certain kinds of healers, but there are many levels of healers. There's a spiritual healer; then what we would call a therapeutic healer, where you have counselling, advising, in that respect; then there's also the biomedical healer, which includes the herbalist and people who treat the body and who manipulate the body to bring balance in that way; and also the teacher.

A healer who is enhanced or has all of these capabilities is considered to be an advanced healer. If you're working out of only one area, then this means that you're still learning. You have not yet graduated to the highest level. Becoming a healer is a life-time process. It is not something that you start and then you don't learn any more.

**Le président:** Allez-y, Lea.

**Mme Bill:** Je voulais parler de quatre grands sujets. Je veux surtout vous dire comment on devient guérisseur: les pratiques qui accompagnent l'apprentissage, les méthodes utilisées et leur application selon divers domaines. Je vais vous donner des exemples de l'un de nos outils et de son utilisation.

Le transparent montre les principes de la formation du guérisseur. Ce sont les mêmes dans bien des communautés autochtones, quoique le premier, c'est-à-dire descendre directement d'un guérisseur, a été mis de côté dans bien des cas, parce que beaucoup de personnes deviennent des guérisseurs en fonction de leur vécu et de leur propre expérience de la guérison. C'est également acceptable, à la condition qu'ils ne transmettent pas leur souffrance à quelqu'un d'autre.

L'un des principes de base veut que l'on mette en pratique dans son quotidien et dans son épanouissement personnel les enseignements reçus en tant que guérisseur. Autrement dit, il faut vivre ce qu'on enseigne, toujours chercher des connaissances qui permettront de mieux comprendre l'enseignement et les dons reçus, utiliser ces dons avec amour et avec respect, tout en gardant à l'esprit, dans son âme même, que l'on est redevable au créateur puisqu'il nous a accordé ces dons.

En effet, si nous ne respectons pas nos dons et si nous ne les utilisons pas d'une bonne manière, ils peuvent nous être retirés. C'est ce qu'ont vécu certaines personnes que je connais qui étaient guérisseurs. Elles n'ont plus la même compétence et les mêmes qualités qu'à leurs débuts, parce qu'elles sont devenues arrogantes et ont mésusé de leurs dons.

En devenant guérisseur, on apprend notamment qu'il faut toujours s'efforcer d'enseigner aux autres et de servir l'humanité. On n'est pas guérisseur pour servir ses propres intérêts ou pour devenir puissant. Cela ne fait pas partie de l'enseignement. Quand on devient comme cela, on ne rend plus service à l'humanité, on ne sert plus qu'à soi-même.

Pour ce qui est des niveaux de pratique, on croit souvent à tort qu'il n'y a que certains types de guérisseurs. Or, il s'agit plutôt de divers niveaux de compétence des guérisseurs. Il y a le guérisseur spirituel, le guérisseur thérapeutique, qui fait du counselling, qui conseille, le guérisseur biomédical, notamment celui qui soigne avec des herbes médicinales et en manipulant le corps pour y rétablir l'équilibre et, enfin, l'enseignant.

Un guérisseur chevronné dispose de toutes ces compétences. Si vous ne travaillez que dans un de ces domaines, cela signifie que vous êtes encore en apprentissage. Vous n'êtes pas encore parvenu au niveau supérieur. Un guérisseur ne cesse jamais d'apprendre. Ce n'est pas quelque chose qu'on étudie pendant une période donnée, pour ensuite se reposer sur ses lauriers.

[Texte]

There are 16 principles in the application of healing, which focus primarily on four main themes: directing, choosing, mastering, and sharing your gift. This often is placed in a tepee and that has been part of the learning. In ancient times that was your instructor and every day you were reminded of each one of those principles or each one of those things that you needed to consider. Particularly, as a descendant of a healer that was the role of the grandmother or grandfather who raised you.

Often, if you were a chosen healer in that family, you went to live with your teacher. In my case, I was raised by my grandparents.

• 0920

There are 16 principles. The first four in directing are the way one perceives oneself and the manner of showing this to others, the way he provides for himself and those he agrees to care for, the way he follows the path of self-discovery in relation to his culture and his peers, and the tools he creates along the path of growth and the development of self-sustaining gifts. That is self-directing.

Those of choosing are the way he learns and shares what he has learned, the way he begins to contribute to the healing of the nation and the community, and the way he becomes self-reliant and transposes this self-reliance to the community and the nation. The next one is the way he utilizes the environment and understands its role in establishing harmony in the life of man and creature.

The fourth theme of mastering is the way he travels to his inner self and acquires understanding of his life experience, the role of council and leadership in the development of community and well-being, the role of the community as a nucleus for growth and healing unbalanced members, and the role of the healer and the teacher in the community.

The next theme of sharing is the role of all his experiences in attaining knowledge, sharing and achieving understanding of all experience and its effect on life processes, taking and sharing the wisdom and knowledge gained and using it in a creative and constructive way, and sharing and developing a means to share the knowledge with the community and the universe. Those are the principles that are part and parcel of being a healer.

Medicine wheels are one tool that healers will utilize in assessing and/or developing different levels of understanding and/or in teaching their clients.

Judy will share with you a medicine wheel concept that they've applied at their community level. In this particular medicine wheel, there are four cardinal directions that represent the four aspects of humanness or the many gifts you have. Not only that, it is interconnected with the environment. Each living creature, water, trees, and rocks, all of that is considered to have a living spirit and is a medicine wheel and a teacher to humankind.

In terms of the healer, the healer is placed in the east of the medicine wheel; your client is placed in the south; the tool that's utilized, which is a physical thing, is placed in the west, and the perception of the client. As you read through the

[Traduction]

La guérison repose sur 16 principes, répartis en quatre thèmes. La définition de soi, le choix, la maîtrise et le partage du don. On se les figure souvent dans un tipi, dans le cadre de l'apprentissage. Autrefois, c'est ce qui servait à apprendre; chaque jour, on rappelait au futur guérisseur chacun de ces principes qu'il devait considérer. Pour ceux qui descendaient d'un guérisseur, c'était là le rôle de la grand-mère ou du grand-père qui vous élevait.

Souvent, le membre de la famille qui avait été choisi comme guérisseur allait vivre avec son maître. Moi, par exemple, j'ai été élevé par mes grands-parents.

Il y a 16 principes. Les quatre premiers, sous le thème définition de soi, sont: la façon dont l'on se perçoit soi-même et dont on l'exprime aux autres, la façon dont on subvient à ses propres besoins et à ceux que l'on prend à sa charge, la façon de procéder à l'apprentissage de soi-même, dans le cadre de sa culture et de sa relation avec les autres, et les outils que l'on crée tout au long de sa croissance personnelle et du perfectionnement des dons reçus. Voilà pour la définition de soi.

Sous le thème du choix: la façon dont on apprend et dont on partage ce qu'on a appris, la façon dont on contribue à la guérison de la nation et de la communauté, la façon dont on devient autonome, en transmettant cette autonomie à la communauté et à la nation et, enfin, la façon dont on utilise l'environnement, en comprenant son rôle dans la création de l'harmonie dans la vie des hommes et des créatures.

Sous le quatrième thème, celui de la maîtrise: le voyage intérieur qui permet de mieux comprendre son vécu, le rôle de conseil et de leader dans l'épanouissement de la communauté, le rôle de la communauté comme source de croissance et de guérison pour ses membres déstabilisés et le rôle du guérisseur et de l'enseignant au sein de la communauté.

Le thème suivant est celui du partage: toutes les expériences servent à l'acquisition de la connaissance, le partage et la compréhension de toute expérience et de son effet sur les processus de vie, l'acquisition et le partage de la sagesse et des connaissances, utilisées de manière créative et constructive et, enfin, le partage des moyens de répandre la connaissance dans la communauté et dans l'univers. Voilà les principes de vie du guérisseur.

Les cercles de guérison sont l'un des outils du guérisseur, dans sa démarche d'évaluation, de compréhension du client, à divers niveaux, ou dans son enseignement.

Judy va vous présenter un concept de cercle de guérison qui a été appliqué dans sa communauté. Dans ce cercle-ci, il y a quatre points cardinaux où nous avons situé quatre aspects de l'être humain, ou la représentation de nos nombreux dons. En outre, le cercle est intégré à l'environnement. Chaque créature vivante, l'eau, les arbres et même les pierres, sont considérés comme ayant un esprit vivant, comme un cercle de guérison et comme un maître qui peut enseigner à l'humanité.

Le guérisseur est situé à l'est du cercle, le client, au sud, l'outil utilisé, habituellement une chose, à l'ouest et, au nord, la perception du client. En observant ce cercle de guérison, on voit un lien entre le client et sa perception ainsi qu'entre le



## [Text]

medicine wheel, client and perception are connected, healer and tool are connected. So I've chosen to use the icicle hanging from the top because anybody can take that particular thing and their perception influences how they're going to interpret that. So your client will interpret his or her healing experience according to his perception and experience.

In terms of the medicine wheel, as I've indicated, there are four aspects of humanness—spirit, emotion, physical, and intellect—which I'm sure you may have heard about or even read about. In assessing an individual each one of these aspects is taken into consideration prior to healing. When one only works from one aspect, it is not usually as effective.

Part and parcel and very basic to all healing is the prayer and knowing it is the creator who guides the healer. It is not the healer's ability nor his power that guides it. That was part of the reason why I started with prayer because I know it is not me. I am only an instrument of the creator. When you have a healer who abides by those principles and those concepts, you know you have an authentic, true healer.

• 0925

From another assessing perspective, from the individual's or client's experience and the effect of that experience, his reaction and how he processes it are also assessed according to the medicine wheel.

**Dr. Judith Bartlett (Vice-President, Native Physicians Association of Canada):** Good morning. I'd like to thank you for the opportunity to present here today.

I'm not going to focus on problems. I'm sure you've all heard a lot about the problems out there. What I want to try to focus on is some solutions and one of the perspectives aboriginal people carry in looking at those solutions. I want to speak a little about some really exciting work that's happening in Winnipeg right now, with the development of a community health centre based on aboriginal philosophies and perspectives.

Many generations of failed assimilation and dis-equity and distribution of resources have resulted in aboriginal people being unable to identify themselves as a distinct and valuable sector of Canadian society. Lack of this ability to feel pride in one's identity results in low self-esteem and great difficulty in setting goals.

My experience within the aboriginal community and the health system has enabled me to see the value of an identity within the aboriginal philosophical world view. This world view is very much parallel with the primary health care model as defined by the World Health Organization in 1978. One such model, the Aboriginal Health and Wellness Centre in Winnipeg, is now under development. It's based on consultation with the community, and thus may have potential to enhance personal, family, and community health. This aboriginal paradigm should be considered a thoroughly legitimate model that can be used for understanding, organizing, and actualizing the healing processes, where healing is considered the presence of wholeness and one's ability to maintain a healthy and balanced response to the surrounding environment.

## [Translation]

guérisseur et l'outil. J'ai choisi l'illustration du glaçon qui pend du haut, parce que n'importe qui peut donner son interprétation de cette illustration, selon sa perception. Le client va donc interpréter son expérience de guérison selon sa perception et son expérience.

Au sujet du cercle de guérison, comme je le disais, il y a quatre aspects à l'être humain: l'esprit, l'émotion, le physique, l'intellectuel. Vous en avez sans doute entendu parler. En évaluant une personne, il faut prendre en compte chacun de ces aspects avant la guérison. Si l'on ne travaille que sur un aspect, ce n'est habituellement pas aussi efficace.

Le guérisseur ne doit jamais oublier la prière puisque c'est le créateur qui le guide. Ce n'est pas la capacité ou le pouvoir du guérisseur qui le guide. C'est pourquoi j'ai commencé cette séance par une prière. Je sais que ce n'est pas moi qui décide. Je ne suis qu'un instrument du créateur. Ceux qui suivent ces principes et respectent ces concepts sont de vrais et authentiques guérisseurs.

Du point de vue de l'évaluation, du point de vue de l'expérience de l'intéressé ou du client et des répercussions de cette expérience, tout cela, ses réactions, sont également évalués selon le cercle de guérison.

**Dr Judith Bartlett (vice-présidente, Association des médecins autochtones du Canada):** Bonjour. Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de nous écouter ici ce matin.

Je n'ai pas l'intention de vous parler des problèmes qui existent, je suis certaine que vous en avez déjà beaucoup entendu parler. Au contraire, je vais essayer de cerner des solutions et la position des autochtones face à l'étude de ces solutions. Je veux vous parler de certains développements tout à fait passionnants auxquels on assiste actuellement à Winnipeg avec l'établissement d'un centre de santé communautaire qui s'inspire des philosophies et principes autochtones.

Les efforts d'assimilation ayant échoué depuis plusieurs générations, la distribution et la répartition des ressources étant restées inéquitables, les autochtones n'ont jamais réussi à se considérer comme un élément distinct et précieux de la société canadienne. Faute d'être fier de son identité, on a beaucoup de mal à se fixer des objectifs et à se former une opinion positive de soi-même.

Mon expérience dans la communauté autochtone et mon expérience du système de santé m'ont permis de voir que le point de vue philosophique des autochtones sur le monde avait sa valeur. Cette vision globale suit de très près la définition de la santé publiée par l'Organisation mondiale de la santé en 1978. Un de ces modèles, le Centre autochtone de santé et de bien-être de Winnipeg, est actuellement en cours d'établissement. C'est un modèle basé sur la consultation avec la communauté et, à ce titre, il a le potentiel nécessaire pour développer les aspects personnels, familiaux et communautaires de la santé. Ce paradigme autochtone devrait être considéré comme un modèle tout à fait légitime, un modèle permettant de comprendre, d'organiser et d'actualiser les processus de guérison. Avec ce modèle, la guérison est considérée comme une manifestation d'un tout et comme la possibilité de réagir à l'environnement dans des conditions saines et équilibrées.



## [Texte]

This, it is hypothesized, can be achieved through the process of identity construction as an aboriginal person. This process may occur through examining the spiritual, emotional, physical, and intellectual aspects of the child, the youth, the adult, and the elder as individuals, members of families, members of communities, and members of a nation—and all within the cultural, social, economic, and political environment. All of these are really determinants of health.

A focus on aboriginal perspective in relation to health and wellness is apparent through a description of the model, which can be utilized as a framework to achieve health in its broadest context. I'll describe these things later, this framework, as a program development tool and as a client assessment tool, which also operates as a health promotion tool. It also provides the basis for a full community development mechanism.

The medicine wheel as a framework within aboriginal philosophy is represented within the symbolism of the medicine wheel or circle of life, which is holistic in nature. All exists within the medicine wheel or circle of life paradigm. This philosophical approach is being reclaimed and practised by increasingly larger portions of the aboriginal society. It certainly can blend with the existing and planned health direction in Canada.

The medicine wheel may have variable didactic presentations, depending on the group or the customs, but the principles throughout remain the same. It's viable, understandable, and relevant within the aboriginal population. Aboriginal people, like most others, now exist within a didactic world, and tools such as the medicine wheel may be acceptable and utilized in order to pursue the creation of health or wellness.

● 0930

Although the World Health Organization did set a new context within which to view health in a more holistic sense, it did not suggest an organizational approach outside the existing complex and non-integrated system in order to achieve such health. Rather, it has set out principles upon which primary health care are structured or should be structured.

Principles consistent with those described by the WHO have been described quite succinctly in the medicine wheel, which is quite comprehensive. The essential elements of primary health care—promotion, prevention, treatment, after-care and support—can be incorporated into this aboriginal framework. The careful study of the principles and teachings reveal a framework for comprehensive primary health care. As reflected against the WHO's definition of primary health care, this model has as much potential to ensure a broad approach; to be practical, understandable and applicable to the general population; to ensure universal accessibility and full participation; and to move towards self-reliance and self-determination.

The medicine wheel serves as a organized approach to understanding an integration of the fundamental principles of human existence. The medicine wheel is inherently best displayed in the circular model you can see up there. It is

## [Traduction]

D'après l'hypothèse, on peut parvenir à ce résultat en construisant les bases d'une identité autochtone. Pour y parvenir, il faut étudier les aspects spirituels, émotifs, physiques et intellectuels de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de l'ainé, et les considérer en leur qualité de personnes, membres de famille, membres de la communauté, membres d'une nation, et tout cela, dans le cadre d'un environnement culturel, social, économique et politique. Tous ces facteurs sont des éléments déterminants pour la santé.

Cette perspective autochtone relative à la santé et au bien-être apparaît clairement dans la description du modèle qui peut jeter les bases de la santé dans son contexte le plus élargi. Je reviendrai tout à l'heure sur ces aspects—là, sur ces bases, car c'est un outil pour la mise en place du programme de développement, un outil d'évaluation du client et également un outil pour la promotion de la santé. C'est donc la base d'un mécanisme de développement communautaire complet.

Le cercle de guérison considéré comme une des bases de la philosophie autochtone est représenté symboliquement par le cercle de guérison ou cercle de vie, c'est-à-dire un élément holistique de la nature. Tout existe dans le cercle de guérison ou le paradigme du cercle de vie. Cette démarche philosophique est revendiquée et mise en application de plus en plus par la société autochtone. Elle s'intègre certainement dans l'évolution actuelle de la santé au Canada.

Le cercle de guérison peut prendre plusieurs formes didactiques, cela dépend des groupes et des coutumes, mais les principes restent les mêmes. C'est un système viable, compréhensible et adapté aux réalités de la population autochtone. Comme la plupart des gens, les autochtones vivent aujourd'hui dans un monde didactique et, dans ces conditions, le cercle de guérison devient un outil acceptable pour réaliser les objectifs de santé ou de bien-être.

L'Organisation mondiale de la santé a effectivement délimité un nouveau contexte plus holistique de la santé, mais l'organisation n'est pas allée jusqu'à proposer une démarche organisationnelle en marge du système actuel complexe et non intégré pour parvenir à ses objectifs de santé. Au contraire, elle a fixé des principes sur lesquels sont élaborés ou devraient être élaborés les principes de santé.

Des principes comparables à ceux qui ont été décrits par l'OMS figurent d'une façon très succincte dans le cercle de guérison, un système extrêmement exhaustif. Les éléments essentiels de la santé—promotion, prévention, traitement, suivi et soutien—s'intègrent dans ce système autochtone. Une étude attentive des principes et des enseignements révèle l'existence d'un système exhaustif de santé. Si on compare ce modèle à la définition de l'OMS, on constate qu'il présente un potentiel considérable, étant pratique, compréhensible et applicable à l'ensemble de la population. Il peut de plus assurer un accès universel et une participation pleine et entière ainsi qu'une évolution vers l'autonomie et l'autodétermination.

Le cercle de guérison est une démarche organisée qui permet de comprendre l'intégration des principes fondamentaux de l'existence humaine. Le cercle de guérison connaît sa meilleure représentation dans le modèle circulaire que vous avez

## [Text]

basically is a non-ending cycle of learning. What I've most often done with it, though, is I've taken it and put it into a matrix format. Once it's in the matrix format, the insight develops into the possibilities for an organized approach to achieving health, regardless of the sophistication level and regardless of both the professional who happens to be looking at it and his or her background. One has only to look at the possible permutations within the model, which I'll describe a little bit of that later on.

As a framework, it creates holistic health basically in the fact that all of the elements are there and they are all elements of human existence. They are inseparable. For instance, I don't think culture can really be defined without looking at either... You can't define or give a meaning to culture unless you look at the sum of all of the other elements. You can take any one of the points on the medicine wheel, but the meaning of "adult" cannot really be defined unless you look at all of the other elements. You can do the same for physical, social, or economic areas. No matter which area you look at, the meaning behind the area is this sum of the meanings of all of the other areas.

The framework doesn't really suggest a simple realignment or alignment of all sectors within the framework. For example, you can't simply put the educational system into the mental or intellectual section. Rather, the education system has to be examined in a manner that sees formal schooling, education in the school, or informal schooling, education in the family, looked at in terms of teaching about different things, such as mathematics, as they are represented against these different elements. You're then able to look at the intellectual capacity of the individual relative to all other elements within their medicine wheel.

I think I've now spent about seven years working on this, and at looking at how this tool can be utilized for people who are willing to accept it as something they can believe in, as something that belongs to them.

I looked at the medicine wheel as an assessment tool, as well. No matter who the service provider is, all sixteen elements have to be looked at; the individual has to be looked at as a whole individual.

Right now, most assessment documentation actually serves the service provider, not the client. What we need to do is to develop an assessment that is consistent among service providers so that no matter who the professional is, advice given to help the client implement his or her medicine wheel is consistent when coming from every direction. This can be in an assessment by a community health worker at a very basic level of assessment, or it can be utilized by the professional.

## [Translation]

sous les yeux. Il s'agit fondamentalement d'un cercle d'apprentissage sans fin. Cela dit, le plus souvent, je préfère représenter ce système sous forme d'une matrice. Lorsqu'il est représenté sous forme de matrice, ce système permet de voir les possibilités d'une démarche organisée vers la santé, et cela, à n'importe quel niveau intellectuel, et quelle que soit la personne qui utilise le modèle ou ses qualifications. Il suffit de considérer les permutations possibles à l'intérieur du modèle, et je reviendrai sur ces aspects-là tout à l'heure.

Considérée comme un système, le cercle de guérison est une démarche holistique de santé puisqu'il contient tous les éléments et puisque ces éléments sont ceux de l'existence humaine. Ils sont indissociables. Par exemple, je ne pense pas qu'on puisse définir la culture sans tenir compte également... On ne peut saisir toute la signification de la culture sans considérer l'ensemble de tous les autres éléments. De la même façon, on peut choisir n'importe quel point du cercle de guérison, mais la signification du mot «adulte» n'apparaît pas vraiment tant qu'on n'a pas considéré les autres éléments. La même chose vaut pour les aspects physiques, sociaux ou économiques. Peu importe l'aspect que vous considérez, sa signification est la somme des significations de tous les autres aspects.

Ce système ne consiste pas en un simple réalignement de tous les secteurs qu'il englobe. Par exemple, on ne peut pas classer simplement le système éducatif dans le secteur de l'activité mentale ou intellectuelle. Au contraire, le système éducatif doit être étudié à la lumière de l'expérience scolaire, de l'éducation dans les écoles, il de l'éducation hors système, de l'éducation dans la famille, doit être considéré à la lumière des divers enseignements, par exemple les mathématiques, et tout cela à la lumière des divers éléments. Cela permet de considérer les capacités intellectuelles d'une personne à la lumière des autres éléments du cercle de guérison.

Il y a maintenant 16 ans que je travaille sur cette question, et je sais que cet outil peut être utile lorsque les gens sont prêts à l'accepter, sont prêts à y croire, sont prêts à le voir comme quelque chose qui leur est propre.

Je considère le cercle de guérison comme un outil d'évaluation également. Quel que soit l'intervenant, les 16 éléments doivent entrer en ligne de compte, et chaque personne doit être considérée comme un tout.

À l'heure actuelle, le plus souvent, la documentation qui accompagne une évaluation est au service de l'intervenant et non pas au service du client. Nous devons mettre sur pied une méthode d'évaluation qui soit uniforme pour tous les intervenants et, de cette façon-là, quel que soit le professionnel, il pourra donner à son client ou à sa cliente des conseils qui lui permettront de mieux utiliser son cercle de guérison. Cette évaluation peut être faite par un travailleur dans le domaine de la santé communautaire, une évaluation de base, et le système peut également être utilisé par le médecin.



[Texte]

[Traduction]

• 0935

As a physician, I could do an assessment utilizing this model. I would still utilize my medical model in terms of looking at a differential diagnosis, but when I sit down to do an assessment that is going to be used for the client, I build on the assessment of the community health worker, who is closest to the level of understanding of the client. So that is the way in which we're going to try to utilize this tool.

The client should participate in the assessment and help to write it, and they should be given a copy of this assessment because it is their life, it is their medicine wheel, and if they have it then the community health worker can work with them in the community to help them to implement their own medicine wheel.

Again, sometimes we have many individuals involved in a client's life or in a family's life. Each different discipline approaches the world in a different way. When you have three or four different disciplines involved in a family, whether it be the social system, the health system, the educational system, or housing, they're all approaching the client in a different way and the client basically doesn't know who to listen to. None of it is consistent, and they are not really understanding the context of their own life.

So we have to begin to have tools such as this that help individuals to begin to understand the context of their life and really what their life is about.

Currently many program approaches are utilized to address all of these components, but again they're separated. We need to pull this into a single picture. It doesn't mean that any centre, say our health centre that we're developing, can address all of these problems, but our role will be to ensure that we have the linkages and liaison and the working relationship with organizations that can deal with it. It means that we won't overlook any element. As a health centre, we don't necessarily provide everything.

Our health centre will have a number of different programs, from a nursing program that's fairly holistic to a traditional healing program. It's critical that all components are connected into the whole. The development of increased spiritual health or connection to all things, as a broad definition of the spiritual, is dependent on emotional, physical, and intellectual development. These are dependent on the cultural, social, and economic environments in which the individual family or community exists.

Each program component will provide flexibility to ensure that the client is free to choose and that they choose a best fit for them. For instance, if we look at the spiritual, it won't be our role to try to teach people anything about the spiritual, but simply to act as a facilitator to help them to get back to where they want to learn about their spiritual life. So we'll have access to traditional activities, such as sweat lodges and healing ceremonies and so on. We won't provide them; we'll make the connections with the healers.

En ma qualité de médecin, je pourrais évaluer le cas d'un client en utilisant ce modèle. Cela ne m'empêcherait pas d'utiliser mon modèle médical, de considérer un diagnostic parallèle, mais lorsque je commence à élaborer une évaluation à l'intention d'un client, je me base sur l'évaluation du travailleur communautaire, c'est-à-dire de la personne qui est la plus proche du client. Voilà comment nous allons essayer d'utiliser cet outil.

Le client doit participer à l'évaluation et participer à sa rédaction, et ensuite il faut lui en donner une copie, car cette évaluation, c'est la vie même du client, c'est son cercle de guérison, et lorsque le client a cet outil en sa possession, il peut travailler en collaboration avec le professionnel de la santé qui va l'aider à réaliser son propre cercle de guérison.

Là encore, beaucoup de personnes interviennent dans la vie d'un client ou la vie d'une famille. Chaque discipline voit le monde d'un oeil différent. Lorsque trois ou quatre disciplines s'occupent d'une famille, qu'il s'agisse des services sociaux, des services de santé, du système d'éducation ou des autorités du logement, toutes ces disciplines abordent le cas du client d'une façon différente et le client finit par ne plus savoir qui écouter. Il n'y a aucune uniformité, et les clients ne comprennent plus le contexte de leur propre vie.

Nous devons donc commencer par avoir des outils comme celui-ci, des outils qui aident les gens à mieux comprendre le contexte de leur propre vie, la signification de cette vie.

À l'heure actuelle, on fait appel à de nouvelles démarches pour cerner tous ces éléments, mais encore une fois, tout cela est compartimenté. Nous devons regrouper tous ces éléments. Cela ne signifie pas qu'un service unique comme notre centre de santé qui est en cours de préparation, puisse faire face à tous ces problèmes, mais nous serons là pour nous assurer que la liaison se fait, que les contacts existent entre les organismes qui seront appelés à intervenir. Ainsi, nous n'oublierons aucun des éléments. Dans notre centre de santé, nous n'offrons pas forcément tous les services.

Notre centre de santé offrira une gamme de programmes, allant d'un programme de soins infirmiers qui suit des principes assez holistiques à un programme de guérison traditionnel. Tous ces éléments doivent absolument être liés à l'ensemble. Le développement de la santé spirituelle, les liens qui existent entre toute chose—c'est une définition large des aspects spirituels—tout cela dépend du développement psychologique, physique et intellectuel. Tout cela dépend également des environnements culturels, sociaux et économiques dans lesquels évolue la famille ou la communauté.

Chaque élément d'un programme offrira suffisamment de souplesse pour que le client puisse choisir librement les solutions qui lui conviennent le mieux. Par exemple, si nous prenons l'aspect spirituel, nous ne serons pas là pour dispenser des enseignements spirituels, nous nous contenterons d'aider les gens à retourner en arrière, à revenir là où ils pourront faire l'apprentissage de leur propre vie spirituelle. Nous aurons donc accès à des activités traditionnelles, comme les cérémonies de guérison et de purification, mais nous n'offrirons pas ces services nous-mêmes, nous nous contenterons de mettre les gens en présence des guérisseurs.



## [Text]

For the emotional we will have either traditional activities or a professional mental health worker. So it will depend on what the client will choose, and that puts the client in the driver's seat in taking responsibility for the direction of their own life.

I'll briefly go over how we're using this model actually to develop programs. This model provides us with the framework that prevents us from missing pieces of the 16 elements.

It's a very mechanistic approach. We look at the combinations and permutations within the matrix.

If we are looking at a child development program—and let's take health promotion as the primary goal here—then if we're looking at child spiritual, physical, mental, the initial goals would be directed toward helping the child to understand these elements.

Children live these things. We feel that our role is to help children and families to understand what they are living—again, the context of their life and the identity creation for people.

We can look at these objectives. We can do culturally traditional teachings or story-telling and games and nature walks.

Currently most teaching doesn't include the spiritual and emotional, but within our world view we feel that's a very important aspect of human existence and it needs to be addressed in a holistic program.

• 0940

Under spiritual, if we look, we would want a program focused to help the child understand and nurture their spiritual relationship or connection to all things. This is the broad definition we look at with the youth, adult and elders within their family, community and nation.

Then we work with the matrix to develop activities. I would then combine the child as an individual in terms of how we help them to develop their spiritual relationship with the youth. We've worked through this, gone through a brain-storming activity to come up with activities that would actually create that, or make that happen.

Then we move on and do the combination child as an individual with their spiritual relationship with the adult. You just walk through the matrix. Then you do the same thing for the elders. Then we would move on and have the child in their emotional relationship as an individual with the youth, and you walk through it, youth, adult and elder. What the brain-storming activity does is it comes out with all of the ideas from the community about what kinds of activities would create these particular things.

When we begin to combine up the sets of four, the activities that came from the mind-storming and the brain-storming on the sets of four, what happens is that you begin to see repeats in the activities. So if you then focus in on one activity that's

## [Translation]

Quant à l'aspect psychologique, nous aurons des activités traditionnelles ou encore nous ferons appel aux services d'un travailleur professionnel de la santé mentale. Cela dépendra des préférences du client, cela lui permettra d'assumer la responsabilité de sa propre existence.

Très rapidement, je vais passer en revue les diverses utilisations de ce modèle dans le cadre de nos programmes. Ce modèle est un système qui nous empêche d'omettre certains parmi les 16 éléments.

C'est une démarche très mécanique. Nous considérons les combinaisons et permutations à l'intérieur de la matrice.

Lorsqu'il s'agit d'un programme de développement de l'enfant—supposons que le principal objectif soit un objectif de promotion de la santé—si nous considérons les circonstances spirituelles, physiques et mentales d'un enfant, le premier objectif sera d'aider l'enfant à comprendre ces éléments.

Les enfants ont ce vécu-là. Nous considérons que notre rôle est d'aider les enfants et familles à mieux comprendre leur vécu, c'est-à-dire, je le répète, le contexte de leur propre vie et de leur propre identité.

Nous pouvons tenir compte de ces objectifs. Nous pouvons également faire appel à des enseignements culturels traditionnels, organiser des jeux, des promenades dans la nature, compter des histoires.

À l'heure actuelle, les enseignements omettent le plus souvent les aspects spirituels et émotifs, mais pour nous, c'est un aspect fondamental de l'existence humaine, un aspect qui a sa place dans un programme holistique.

Pour ce qui est de l'aspect spirituel, nous aimerions un programme qui viserait à aider l'enfant à comprendre et à enrichir les relations ou les liens spirituels qui l'unissent à tout ce qui l'entoure. C'est la grande définition que nous retenons pour ce qui est des jeunes, des adultes et des aînés dans leur famille, leur collectivité et la nation.

Puis nous appliquons la matrice pour concevoir des activités. Je combinerai alors l'enfant en tant qu'individu pour voir comment nous pouvons l'aider à entretenir ses rapports spirituels avec les jeunes. C'est ce que nous avons fait, nous avons eu une séance de remue-méninges pour proposer des activités qui auraient effectivement ce résultat, qui le permettraient.

Puis ensuite nous poursuivons et voyons l'enfant de la combinaison comme un individu ayant des rapports spirituels avec les adultes. On n'a qu'à observer la matrice. Puis on fait de même pour les aînés. On poursuit et on a l'enfant et ses rapports psychologiques en tant qu'individu face aux jeunes, et on continue avec les jeunes, les adultes et les aînés. La séance de remue-méninges permet de faire surgir toutes les idées de la collectivité quant au type d'activités qui seraient propices à ce genre de chose.

Quand on combine les ensembles de quatre, les activités proposées à la séance de remue-méninges, on commence à voir que les activités se répètent. Ainsi donc, si l'on se concentre sur une activité qui se répète 15 ou 16 fois, on se dit qu'une activité

*[Texte]*

been repeated 15 or 16 times, you say that one activity will then produce a holistic program. Then we focus on the development of a program for that activity, knowing full well it will have all the components we need for the child's healthy development.

That's basically, simply, child development under health promotion. Then we would work through and do prevention, treatment, support and after-care. The next step is we walk through the matrix and we develop a program for youth. We walk through it exactly the same way, then for adults, then for elders. The framework itself allows us to not miss anything and to be able to focus ourselves in development, rather than trying to pull ideas out of the air that often don't connect up together.

Once you get your program together you can't tell whether you have a holistic program. This way, we know for sure that we have all of the elements. Then our programs would be set up in that way.

Basically, that's what is happening within the Aboriginal Health and Wellness Centre. We had a workshop last week to work through these. We've had a really positive response from our province in terms of developmental resources, and hopefully our program will be funded. It is very unique.

We'll look at even activities like creating a medicine wheel self-help group that will work on the 16 elements. People will come in a way to similar, say, to an Al-Anon program, but it could be based on looking at these 16 elements. But that will depend on our consultations with the community, on whether or not they're interested and willing to do something like that.

Some people don't look at the medicine wheel either as something they can accept, so the matrix may be more acceptable to some people but the elements are still there.

In conclusion, I think aboriginal people are ready to meet the challenges, but approaches must be based on the aboriginal world view, which is understandable by all individuals of this society, including professionals, academics and governments.

The last thing is that we also have a mechanism that flows from the medicine wheel and the principles behind it to develop a community board that is a true community board, which is a community development activity. I don't have time here to go over it, but basically that's what's happening in Winnipeg. That's what our community sees as being the way we will deal, over time, with the mental health issues that are out there.

Thank you very much.

**Mr. William Mussell (Principal, Sal'i'shan Institute Society):** My turn. Good morning. I've tried to organize what I'd like to share with you into seven small parts because time is so limited. Hopefully, I'll be clear so that you understand what it is I'm attempting to convey. I appear as the manager and principal educator of the Sal'i'shan Institute Society, which is a private post-secondary educational institute based in British Columbia that gives priority to health and social development issues.

*[Traduction]*

produira alors un programme holistique. Puis nous nous concentrons sur l'élaboration d'un programme pour cette activité, en sachant fort bien qu'il contiendra toutes les composantes dont nous avons besoin pour assurer le développement harmonieux de l'enfant.

Voilà essentiellement, simplement, comment est perçu le développement de l'enfant dans une optique de promotion de la santé. Nous nous occuperions ensuite de prévention, de traitement, de soutien et de suivi. L'étape suivante consiste à appliquer la matrice et nous développons alors un programme pour les jeunes. Nous procédons exactement de la même façon, puis nous le faisons pour les adultes et ensuite pour les aînés. Le cadre en tant que tel nous permet de ne rien manquer et de nous concentrer sur le développement plutôt que de nous obliger à essayer d'improviser des idées qui souvent, n'ont aucun rapport les unes avec les autres.

Une fois qu'on a conçu son programme, on ne peut pas dire pour autant qu'on a un programme holistique. De cette façon, nous savons avec certitude que nous avons tous les éléments. Nos programmes seraient alors établis de cette manière.

Essentiellement, c'est ce qui se passe au Centre autochtone de santé et de bien-être. Nous avons eu un atelier la semaine dernière pour en discuter. Notre province a réagi très positivement à cette question des ressources nécessaires au développement, et nous espérons que notre programme bénéficiera d'un financement. Il est tout à fait unique.

Nous envisageons même des activités comme la création d'un groupe autonome qui travaillerait sur les 16 principes du cercle de guérison. Les gens y viendraient un peu comme c'est le cas dans les programmes de désintoxication, mais il s'agirait de se pencher sur ces 16 principes. Toutefois, cela dépendra de nos consultations avec les collectivités, la question de savoir si cela les intéresse ou non et de savoir si elles sont disposées à faire quelque chose de ce genre.

Comme tous ne sont pas prêts à accepter l'idée du cercle de guérison, la matrice peut paraître plus acceptable à certains et les principes y sont toujours contenus.

Pour conclure, je pense que les peuples autochtones sont prêts à relever les défis, mais les approches adoptées doivent tenir compte de la vision du monde qu'ils ont, ce que peuvent comprendre tous les membres de la société, les professionnels, les universitaires et les gouvernements.

Enfin, nous avons aussi un mécanisme découlant du cercle de guérison et de ses principes qui permet de constituer un conseil communautaire qui est un véritable conseil communautaire, qui est un outil de développement communautaire. Je n'ai pas le temps d'en parler maintenant, mais c'est essentiellement ce qui se fait à Winnipeg. C'est ainsi que notre communauté estime vouloir traiter, avec le temps, des questions de santé mentale qui se posent.

Merci beaucoup.

**M. William Mussell (directeur, Institut Sal'i'shan):** C'est à moi. Bonjour. Comme nous n'avons que très peu de temps, j'ai divisé en sept points ce que je veux vous exposer. J'espère être bien clair pour que vous compreniez ce que je vais essayer de transmettre. Je comparais à titre de gestionnaire et d'éducateur principal de la Sal'i'shan Institut Society, institut privé d'enseignement postsecondaire qui a son siège en Colombie-Britannique et qui s'occupe prioritairement de questions de santé et de développement social.



[Text]

[Translation]

• 0945

Because of the nature of our work, which started in 1988, we have had exposure to basically all of the issues that have been identified and described to you in various ways by earlier presenters; I've had a chance to review all of the proceedings up to the Christmas break.

What I would like to do is provide a very brief history of our institute; describe our philosophy, approach, and methods; talk a little bit about the major thrusts of our programming, because we're quite unique in terms of what it is we're doing; outline how we support ourselves; share some evaluated feedback; briefly discuss the need to define core difficulties and to pose a few recommendations.

With regard to our history, as I said, we were established in the summer of 1988 as a private post-secondary training organization specializing in needs and aspirations of indigenous peoples. That's what we targeted as being our mandate.

We established the institute because existing post-secondary educational institutions were not preparing and equipping our students to work within their distinctive lifestyles or cultures and because there were no systematic or organized programs tailored to address needs of community workers, most of whom do not have university entrance requirements and little or no pertinent training. We knew the lives of many community members needed the attention of competent on-site workers now, if not yesterday. When we did our research, it was very clear people were not prepared to take five, six, seven, eight years to go to university to become a social worker or a nurse or a therapist of some kind.

I'm talking about 1988. I think in many ways the issues are more pressing today because more and more people are beginning to move in a direction that calls for the attention of healers, of very competent people, to help them become well.

We accepted our first applicant for training in the fall of 1988, thanks to a contract with the Medical Services Branch, Pacific Region, Health Canada, to provide basic training for community health workers in addition to counsellors.

Our mandate, philosophy, and methods are as follows. Very briefly, our mandate includes the design, development, and delivery of education and training programs in health, education, and social development fields, and the fostering, conducting, and financing of training, research, and publications in health education, social welfare, and cultural fields.

The institute, as I mentioned earlier, makes the needs and aspirations of indigenous people its priority. It is managed by a board of directors, seven first nations and two non-first nations people, who are responsible for setting policy, fund-raising, and monitoring the society's programs and activities.

Étant donné la nature de notre travail, que nous avons entrepris en 1988, nous avons eu connaissance d'à peu près toutes les questions qui vous ont été exposées de différentes façons par des témoins qui ont déjà comparu; j'ai eu l'occasion de lire toutes les délibérations que vous avez tenues jusqu'au congé de Noël.

J'aimerais donc vous faire un bref historique de notre institut; en décrire la philosophie, l'approche et les méthodes; parler un peu des grandes orientations de notre programme, étant donné que ce que nous faisons est tout à fait unique; j'aimerais exposer comment nous nous maintenons; partager certaines réactions qu'on a évaluées; discuter brièvement de la nécessité de définir les grandes difficultés et de soumettre quelques recommandations.

Pour ce qui est de notre histoire, comme je l'ai dit, nous avons vu le jour à l'été 1988 à titre d'organisation privée d'enseignement postsecondaire qui s'occupe spécifiquement des besoins et des aspirations des peuples autochtones. C'est le mandat que nous nous sommes donné.

Nous avons créé cet institut parce que les établissements existants d'enseignement postsecondaire ne préparaient pas nos étudiants à travailler dans leur milieu culturel distinctif et selon leur mode de vie distinctif et parce qu'il n'existait aucun programme organisé ou systématique qui puisse tenir compte des besoins des travailleurs communautaires, dont la plupart n'ont pas la formation requise pour être admis à une université et n'ont pas de formation véritablement utile. Nous savions que de nombreux membres des collectivités avaient besoin, immédiatement sinon depuis longtemps, de l'attention de travailleurs compétents sur place. Comme nous avons fait notre recherche, il est ressorti bien clairement que les gens n'étaient pas prêts à passer cinq, six, sept ou huit ans à l'université pour devenir travailleur social, infirmière ou infirmier, ou thérapeute.

Je vous parle de 1988. Je pense qu'à bien des égards, les problèmes se posent avec encore plus d'acuité aujourd'hui parce que les gens vivent maintenant de plus en plus d'une façon qui nécessite l'attention de guérisseurs, de gens très compétents, pour les aider à bien vivre.

Nous avons accueilli notre premier candidat à la formation à l'automne 1988, grâce à un contrat de la Direction des services médicaux, pour la région du Pacifique, de Santé Canada, et le programme consistait à donner une formation de base aux travailleurs en santé communautaire ainsi qu'aux conseillers.

Voici notre mandat, notre philosophie et nos méthodes. Très brièvement, notre mandat consiste à concevoir, à élaborer et à exécuter des programmes de formation et d'études en santé, en éducation et en développement social; à encourager, à mener et à financer la formation, la recherche et la réalisation de publications dans les domaines de l'éducation en matière de santé, du bien-être social et de la culture.

L'institut, comme je le disais, considère les besoins et les aspirations des peuples autochtones comme une priorité. Il est géré par un conseil d'administration, composé de sept membres des Premières nations et de deux autres qui ne le sont pas, qui définit les orientations de l'institut, s'occupe des levées de fonds et surveille les programmes et les activités de l'institut.



## [Texte]

For philosophy, the following apply. We believe each person is capable of modifying self. This is a very, very important principle in regard to the way we go about doing our work, because so many of the learners we work with come to us believing they don't have what it takes to change their lives. A lot of that is anchored in our history, which has been articulated by various presenters over the last few months.

We value the life experiences of each learner. In that experience is significant knowledge, much of it still to be discovered. Because of the lack of quality interaction in the lives of people in many of our communities, there's little opportunity to paint pictures with words, and through painting those pictures begin to get in touch with very important kinds of knowledge that's anchored in that life experience.

So delivering any kind of training opportunities for people to paint those pictures is very, very important, coupled with guidance to help them begin to analyse what the meaning is of those experiences and so on. We believe each person and community has a legitimate history.

As a student in university—and I'm a graduate in education and social work and in adult education—there was no evidence there was any valuing of our history because there was no opportunity for me to learn in those institutions significant aspects of our history as seen through the eyes of the people who have lived the life. That history that is documented is written by outsiders. So the insiders' perspective is not there.

## ● 0950

The same thing applies to the importance of believing each person to be cultural. Each person has a culture, and therefore it's significant. That's also critical in the delivery of education and training programs.

We believe also answers to today's health, social, and other issues require the best our tradition-based cultures and others within reach have to offer. Many diseases today were not present 100 years ago, or even 50 years ago. So it's very important that we take advantage of whatever knowledge there is and that we are able to apply that knowledge to bring about wellness in the shorter and longer run in our communities.

We also believe each leader or worker is a cultural worker; that is, he or she has responsibilities to do their best to transmit their culture effectively. That's based on our perception of the challenges facing us as indigenous people as we enter the 21st century.

As for methods, most of our training is done in a residential setting, which means people from many different indigenous cultures come together and spend three weeks in residence. They study together, they play games together, they eat together; they do everything together. We find that's key for the richness of the outcomes of the learning.

## [Traduction]

Pour ce qui est de notre philosophie, nous pensons que chacun est en mesure de changer de lui-même. C'est un principe extrêmement important dans notre façon d'envisager notre travail, étant donné qu'un grand nombre des apprenants avec qui nous travaillons nous arrivent en croyant qu'ils n'ont pas en mains ce qu'il faut pour changer de vie. Cela tient en grande partie à notre histoire, ce qu'ont déjà exposé différents témoins qui ont comparu au cours des derniers mois.

Nous reconnaissons la valeur des expériences qu'a vécues chacun des apprenants. Ces expériences recèlent un important savoir, dont une grande partie reste encore à découvrir. En raison du peu de rencontres positives que peuvent faire un bon nombre des membres de nos communautés, ils n'ont que peu d'occasions de dépeindre verbalement leur univers alors que cela leur permettrait de commencer à cerner ce très important savoir qui est ancré dans leur vécu.

Il est donc extrêmement important d'offrir des possibilités de formation de toutes sortes pour que les gens puissent dépeindre cette réalité et il faut aussi les guider pour les aider à commencer à analyser le sens de ces expériences. Nous croyons que chaque être et chaque collectivité a une histoire légitime.

Quand j'étais étudiant à l'université—et j'ai obtenu un diplôme en éducation et en travail social de même qu'en éducation permanente—rien ne donnait à penser qu'on accordait de l'importance à notre histoire parce qu'il n'y avait aucune possibilité pour moi d'apprendre dans ces établissements quels étaient les aspects importants de notre histoire telle que la percevaient ceux qui l'avaient vécue. L'histoire qu'on relate a été écrite par des gens d'ailleurs. La vision de ceux qui l'ont vécue de l'intérieur n'est pas donnée.

On peut dire la même chose de l'importance de savoir que chaque être humain a une dimension culturelle. Chacun a une culture, et c'est donc important. C'est également essentiel à l'exécution des programmes d'études et de formation.

Nous croyons également que les solutions aux problèmes de santé, aux problèmes sociaux et aux autres problèmes qui se posent aujourd'hui font appel à ce que nos cultures traditionnelles et autres cultures auxquelles nous avons accès ont de meilleur à offrir. De nombreuses maladies que nous connaissons aujourd'hui étaient inconnues il y a 100 ans et même 50 ans. Il importe donc grandement que nous tirions tout le profit possible de tout savoir qui existe et que nous soyons en mesure d'appliquer ce savoir pour assurer à court et à long terme le bien-être de nos collectivités.

Nous croyons aussi que tout leader ou travailleur est un travailleur culturel, c'est-à-dire qu'il ou elle se doit de faire de son mieux pour transmettre efficacement sa culture. Parce que c'est ainsi que nous envisageons les défis que nous devons relever en tant que peuples autochtones à l'aube du 21<sup>e</sup> siècle.

Pour ce qui est des méthodes, presque toute la formation que nous donnons est dispensée dans un cadre résidentiel, c'est-à-dire que les gens de diverses cultures autochtones se réunissent et passent trois semaines en résidence. Ils étudient ensemble, ils s'amuse ensemble, ils mangent ensemble; ils font tout ensemble. Nous pensons que c'est essentiel pour assurer un enseignement enrichissant.

## [Text]

We stress the importance not only of formal learning, which is classroom based, but non-formal kinds of learning in other settings, as well as informal learning, which lends itself really well to taking advantage of teachable moments wherever two or more people happen to be. The best example I can think of is in relationships between parents and children, or between friends and so on.

Basic to the methods is the building of the curriculum on the learners' lifestyles and experiences. It makes the program culturally cogent. I was impressed in an earlier presentation you received when attention was given to the difference between something that is culturally sensitive and something that is culturally cogent. If it's culturally cogent, it's anchored in the reality of the life experiences of the learners.

For other information about methods, we do a lot of work preparing and equipping people effectively to integrate new information which enables a learner satisfactorily to create additional awareness, understanding, and knowledge, which they in turn can use to address contemporary challenges facing them in their personal and professional lives.

We employ basically the same concepts—and I was very impressed with what Lea presented—our versions of the medicine wheel, the information wheel, and so on, as well as models that promote active learning about self. Little attention is given in formal educational systems to learning about yourself, your inner world. It's primarily focused on the external world. We find we must have a balance of focus between the internal and the external; learning about others, about family, about community, and the structures necessary to undertake individual and social change—very, very important kinds of learning, which regrettably in established mainstream educational institutions really are given most attention at the professional level of training, not at the undergraduate level.

A final point I want to make about methods is that the building of nurturing relationships that support emotional, intellectual, and spiritual growth is extremely important. It's extremely important because of the kinds of damage, the kind of fragmentation, the kind of devaluation we've experienced over the last 100 years in western Canada, which we can see in the evidence of fear, of anger, of distrust in particular, which do not support the building of nurturing relationships.

We have people who are very, very hungry for those kinds of experiences. By living in a residential setting and using the philosophy methods we employ, they suddenly discover what it is to have good, supportive friends. They discover what it is to have respect, encouragement and support when they need it.

## [Translation]

Nous insistons sur l'importance non seulement de l'enseignement formel, qui se donne en classe, mais aussi d'autres formes d'enseignement dispensées autrement, comme l'enseignement informel, qui permet parfaitement de tirer profit de toutes les possibilités d'apprendre qui se présentent dès deux personnes ou plus se retrouvent ensemble. Le meilleur exemple que je peux donner est celui des rapports qu'entretiennent les parents avec leurs enfants, ou des amis.

Un élément essentiel de notre méthode est la constitution du programme de cours en fonction des modes de vie et du vécu des apprenants. C'est ce qui fait que le programme est culturellement pertinent. J'ai été impressionné par un exposé qui vous a été présenté et où l'on soulignait la différence qu'il y a entre une chose qui tient compte d'une culture et quelque chose qui est pertinent à la culture. Si c'est pertinent à la culture, c'est entré dans la réalité, dans le vécu des apprenants.

Pour mieux vous informer de nos méthodes, je dirai que nous travaillons beaucoup pour préparer les apprenants à efficacement intégrer de nouvelles informations qui leur permettent d'acquérir une plus grande sensibilisation, une meilleure compréhension et un meilleur savoir, ce qui en retour peut leur servir à relever les défis qu'ils rencontreront dans leur vie personnelle et professionnelle.

Nous utilisons au fond les mêmes concepts—et j'ai été très impressionné par ce que Léa a présenté—nos versions du cercle de guérison, le cercle du savoir et ainsi de suite, ainsi que des modèles qui encouragent la découverte active de soi. Les systèmes d'enseignement formel n'accordent que peu d'attention à la découverte de soi, de son monde intérieur. On s'occupe d'abord et avant tout du monde extérieur. Nous estimons qu'il faut équilibrer l'attention que l'on accorde au monde intérieur et au monde extérieur, découvrir les autres, la famille, la collectivité, ainsi que les structures nécessaires pour comprendre les changements individuels et les changements sociaux—ce sont des enseignements très importants, mais malheureusement les établissements d'enseignement dominants n'y accordent vraiment d'attention qu'au niveau de la formation professionnelle et non pas au premier cycle.

Pour terminer, j'aimerais dire au sujet des méthodes qu'il est extrêmement important d'établir des relations enrichissantes qui favorisent la croissance spirituelle, intellectuelle et psychologique. C'est extrêmement important en raison des types de torts, du type de fragmentation, du type de dévalorisation que nous subissons depuis plus d'une centaine d'années dans l'Ouest du Canada et que nous voyons ressortir sous forme de peur, de colère et de méfiance surtout, ce qui ne contribue pas à l'établissement de rapports enrichissants.

Nous avons des gens qui sont vraiment très avides de connaître ce genre d'expérience. Grâce à la vie en résidence, et s'inspirant des principes que nous défendons, les autochtones découvrent l'importance d'avoir de bons amis. Ils se rendent compte combien il est agréable de pouvoir compter sur du respect, des encouragements et du soutien lorsqu'on en a besoin.



[Texte]

[Traduction]

• 0955

Because of the kind of reaction and feedback we've received from people expressing the importance of that element, it's very clear many of them do not have those kinds of relationships in their own communities, and therefore become more prone to suffering the effects of burn-out.

I would like to talk about the major thrusts of our programming. When we started we did our best to pool the best thinking of people involved in living their lives. That research took the form of a needs assessment, and we have a publication that describes what we did and what we learned.

A basic thrust is to create opportunities for people to learn more about personal growth and self-care, which can be looked upon as learning how to parent yourself better, as a beginning course. We see that as a key plank in the program because of the effects of cultural disruption in our modern history.

The development of thinking skills, or learning how to learn, is a priority because of false beliefs we've been raised with. For example, the false belief that we aren't intelligent has had a very significant effect on the lives of many people in our communities. By living in the way they have been perceived and treated, they tend to think they don't have the ability to become critical thinkers. We give quite a lot of attention to developing the skills within the learners to help them enjoy greater satisfaction from the efforts made to make meaning of new information.

We think responding to evidence of the need to grieve personal loss is very important, based on our practical experience. Up to 8 out of 10 people have suffered significant personal losses, and many of them have not grieved them in ways that will permit them to experience the kind of healing Lea has described, for example.

Knowledge of the learner's history makes it possible for him or her to define today's reality and make more informed decisions that can be used to make desired personal and social changes. That's not a documented history for most of our cultures and it's work that has to be done. But it's really important for us to understand that in order to make meaning of why we live as we do today, and be able to make decisions about what we want to change and how to begin to make those changes. There are no established institutions that give priority to that in our part of the country.

Related to that is the importance of helping people create the tools, knowledge and abilities necessary for them to define the false beliefs that have had a strong influence on their lives from generation to generation and the effects of these beliefs on their lives today. Related to that, in terms of working with community workers, because the people we work with are mostly already employed, is their ability to have the tools and abilities to help people in their own communities define those realities—not to tell them, but to help them make those discoveries themselves.

D'après les réactions des gens avec qui nous avons discuté de la question et leurs commentaires sur le sujet, nous avons pu constater qu'il y avait une lacune à cet égard dans leur propre collectivité, ce qui explique une plus grande tendance à l'épuisement psychologique.

Permettez-moi de vous parler des principaux objectifs de notre programme. D'entrée de jeu, nous avons tâché d'amener les gens à réfléchir sur la façon dont ils vivent leur vie. Nous avons d'abord établi leurs besoins et nous avons ensuite publié le fruit de nos recherches.

L'un de nos objectifs fondamentaux est de sensibiliser notre clientèle aux différents aspects de la croissance et de l'épanouissement personnels, qu'on peut décrire comme étant l'art de savoir mieux s'occuper de soi-même. Nous attachons beaucoup d'importance à ce volet de notre programme compte tenu des conséquences de l'éclatement de notre culture à l'époque moderne.

Pour dissiper les fausses idées qui nous ont été inculquées au sujet de nous-mêmes, nous mettons l'accent sur l'aptitude à réfléchir et à apprendre. Ainsi, un nombre important d'autochtones ont été convaincus, à tort, qu'ils n'étaient pas intelligents. En raison de la façon dont on les a traités et perçus, les autochtones doutent de leur capacité à réfléchir de façon critique. Nous tâchons d'amener ces personnes à tirer satisfaction du fait qu'ils essaient de donner un sens aux connaissances qu'ils acquièrent.

L'expérience pratique nous enseigne qu'il est très important d'apprendre aux personnes qui ont vécu des expériences pénibles à donner libre cours à leur chagrin. Jusqu'à huit personnes sur dix ont vécu des expériences traumatisantes, et bon nombre d'entre elles ne se sont pas autorisées à exprimer leur chagrin pour ensuite parvenir à panser leurs plaies de la façon décrite par Léa.

Le fait pour une personne de connaître son histoire lui permet de comprendre la situation dans laquelle elle se trouve et de prendre des décisions éclairées qui aboutiront à des changements personnels et sociaux. Dans la plupart de nos cultures, l'histoire n'a pas été consignée, et c'est un travail qui doit être fait. Il importe vraiment d'en être conscient, pour donner un sens à la façon dont nous vivons aujourd'hui et pour être en mesure de décider des changements que nous souhaitons et de donner suite à ces décisions. Dans notre partie du pays, il n'existe pas d'institutions établies dont c'est le mandat.

Il importe en outre de donner aux gens les outils, les connaissances et les compétences voulues pour leur permettre d'écarter de leur esprit les fausses notions qui ont été inculquées aux autochtones de génération en génération, notions qui continuent d'exercer une incidence sur leur vie aujourd'hui. Comme la plupart des gens avec lesquels nous travaillons occupent déjà un emploi, et nous songeons notamment aux travailleurs communautaires, il convient de donner à ces personnes les outils et les compétences voulues pour qu'ils puissent aider leurs clients à se rendre compte eux-mêmes des obstacles qu'ils doivent surmonter.



## [Text]

Awareness, understanding and knowledge of trauma is necessary given the issues and problems that characterize life in their communities. We believe, and the feedback from our learners clearly indicates, all people in the service industry within our communities, including elected leaders, really need to have some working knowledge of trauma. It is such a big part of the lives of the families in the communities.

Development of helping skills, counsellor intervention and [Inaudible—Editor] are also given priority. We also give attention to the development of planning skills. People who take our basic program planning course say they wish they had taken it 10 or 15 years ago because it helps them figure out how to do their jobs. It also gives them knowledge of the community development process.

I think the final point we emphasize in everything we do is that each person is responsible for his or her own learning. That's not clearly indicated in most educational institutions. At the same time, they're also expected to support the learning needs of their colleagues.

## • 1000

On feedback, basically we employ summative and formative methods of evaluation, and that is done in many different circumstances and ways. Based on the feedback, quality learning is attributed to the following: the multicultural context in the classroom and living environment, because we have people of many different indigenous cultures coming together to learn; the interaction with educators who possess relatively high levels of emotional, intellectual, and spiritual development, as well as the required competencies. Personal balance relative to holistic wellness is very important, and we've recognized that the ability of any worker to help others is very much based upon the level of wellness that person has.

A third point is a self-discovery approach that enriches the learner's cultural identity and development of practical knowledge for ongoing personal and professional effectiveness. On the assessment and evaluation methods that involve the learners and their educators in the process, what Maggie Hodgeson presented to you relative to the importance of formative evaluations is right on the mark.

It is very important that we use those methods called participatory research kinds of approaches, because while we're doing various kinds of tasks, people are actively involved in ways for them to develop the knowledge and the skills necessary for them to be able to do the work.

A curriculum that addresses themes and topics anchored in the lived-life experiences is absolutely essential if we're going to prepare and equip people to do technical and related kinds of work in the communities. Focusing on personal empowerment, insight development, and holistic wellness is very important, and again Lea described that well by sharing their use of the medicine wheel.

## [Translation]

Compte tenu des problèmes qu'ont connus ces gens dans leurs collectivités, il est absolument essentiel qu'ils prennent conscience des traumatismes qu'ils ont vécus et qu'ils les comprennent. L'expérience nous enseigne clairement que tous les fournisseurs de services de nos collectivités, et notamment les dirigeants élus, doivent comprendre ce qu'est un traumatisme, vu le nombre de familles dans les collectivités autochtones qui ont vécu cette expérience.

Nous donnons également la priorité au développement des connaissances et à l'intervention des conseillers. Nous nous intéressons aussi au développement des compétences en matière de planification. Ceux qui suivent notre cours de planification de base disent qu'ils auraient aimé l'avoir suivi il y a 10 ou 15 ans parce qu'il leur aide à savoir comment s'acquitter de leurs responsabilités. Ce cours les informe aussi sur les différents aspects du développement communautaire.

Enfin, nous insistons sur le fait que chaque personne est responsable de son apprentissage. Les établissements d'enseignement n'insistent pas suffisamment là-dessus. On s'attend aussi à ce que ceux qui participent à nos programmes s'entraident.

Pour ce qui est de la rétroaction, nous avons recours à des méthodes nous permettant d'évaluer la qualité de la formation que nous dispensons ainsi que son effet cumulatif. De diverses façons, et dans diverses circonstances, nous tâchons donc d'évaluer la qualité du contexte multiculturel et du climat de nos cours puisqu'ils s'adressent à des personnes appartenant à diverses cultures autochtones. Nous tâchons également d'évaluer l'interaction entre les formateurs, dont nous nous assurons qu'ils ont, outre les compétences voulues, d'évidentes qualités personnelles, intellectuelles et spirituelles. Nous sommes conscients du fait qu'une personne ne peut pas vraiment en aider une autre à moins d'avoir atteint un certain état d'équilibre personnel et de bien-être.

Notre programme vise également à amener chaque participant à comprendre les façons qui s'offrent à lui d'enrichir son identité culturelle et d'améliorer son efficacité personnelle et professionnelle. Nous demandons aux participants du programme ainsi qu'aux formateurs de nous donner leur avis sur le programme lui-même et je confirme ce que Maggie Hodgeson vous a dit au sujet de l'importance de ces évaluations.

Nous sommes convaincus de la nécessité de faire participer les divers intervenants à ce type de recherche puisque cela permet aux gens de trouver les moyens qui leur permettront d'acquérir les connaissances et les compétences qui leur sont utiles dans le domaine professionnel.

Il est tout à fait essentiel que nous apprenions à nos participants à établir un curriculum qui reflète leur expérience professionnelle ainsi que leur expérience de vie si nous voulons les préparer à occuper des postes techniques et administratifs au sein de leur collectivité. Nous attachons beaucoup d'importance à la responsabilisation, au développement de la perspicacité et à l'amélioration du bien-être général. Lea nous a aussi très bien décrit l'importance qu'attache à ces principes la médecine traditionnelle.

## [Texte]

Realistic expectations: Most people come without much experience, having people who believe in them, who believe they're capable of changing their lives. There is a wonderful book out called *Please Don't Accept Me As I Am*—because if you accept people as they are, then you aren't going to expect them to make changes. Knowing our history, it makes sense to me, because that's really what many of us have experienced in the past.

Workers want our institute to offer higher levels of teaching and learning opportunities. We've been very limited in terms of going beyond where we presently function, because the contract for the delivery of the training is limited. It has basically been at the same level for seven years. We're negotiating for more money so we can do the required curriculum work to do more advanced training so that these people will be more capable of addressing the kinds of issues that have been described so well to you by other presenters.

The need to define core difficulties. . .

I have two overheads that I want to share quickly. Just very briefly, what is proposed in this big picture is an overview that really is useful in helping people in our communities to begin to get a sense of the importance of knowing history in order to be able to define present reality and the significance of vision as a benchmark indicating the kind of lifestyle that people would like at some time in the future.

You'll notice that what's highlighted right at the top of the darker image is transmission of culture. There has been lots of cultural disruption, there has been devaluation; but, in spite of that, we still have a cultural foundation.

One of the challenges we've been working hard on is to do what we can to help the learners in our classes, in our programs, to begin to describe the foundation they bring to the learning experience, to help them appreciate that in spite of the difficulties, the people at home have a cultural foundation.

The key, then, once they've been able to define that foundation and to better value who and what they are, prepares them to be able to take on other challenges in beginning to think about tomorrow and the kind of lifestyle they want their children and grandchildren to have.

• 1005

This healing growth journey picture depicts the kind of story many people have shared with us as faculty of our institute. It starts with addictions and moves to no alcohol or drugs and finding substitute addictions, reaching a stage where there are powerful feelings of emptiness and inner distress. This is the point at which many people begin to define issues in their lives. They have been described to you many times—the kinds of problems and issues: sexual abuse, abandonment, physical violence, emotional deprivation, and so on. These are some of the things that are always identified when a person begins to express that sense of emptiness.

Very often, as Lea mentioned, people will become quite emotional, because they're getting in touch with pain, with scars, and with things that have been kept inside for a long time. Agnes will talk about that a little more as soon as I finish. That's where grieving becomes important.

## [Traduction]

Parlons maintenant d'attentes réalistes. La plupart de nos participants ne sont pas habitués à ce que les gens croient en eux et croient qu'ils peuvent changer leur vie. Je vous recommande la lecture d'un livre merveilleux qui s'intitule *Please Don't Accept Me As I Am*. En effet, si les gens vous acceptent tel que vous êtes, on ne s'attendra pas à ce que vous évoluiez. Comme je connais notre histoire, cela me semble logique parce que c'est effectivement ce que nous avons vécu dans le passé.

On s'attend à ce que notre institut offre un enseignement et un apprentissage de haut calibre. Or, en raison du contrat qui nous lie, nous n'avons malheureusement pas pu élargir beaucoup nos programmes. Ceux-ci sont à peu près ce qu'ils étaient il y a sept ans. Nous réclamons à l'heure actuelle des crédits supplémentaires pour nous permettre de concevoir des cours de formation plus avancés pour que nos gens acquièrent les compétences que vous ont si bien décrites les autres témoins que vous avez entendus.

La nécessité de cerner les difficultés fondamentales. . .

J'aimerais vous montrer rapidement deux acétates. En un mot, il s'agit de faire comprendre à nos gens l'importance de connaître leur histoire pour pouvoir comprendre la situation dans laquelle ils se trouvent et de se fixer des objectifs quant au mode de vie auquel ils aspirent.

Je vous signale que ce qu'on a souligné au haut de la partie plus foncée de l'image, c'est la notion de transmission de la culture. Il y a eu éclatement de notre culture qu'on a d'ailleurs sous-estimée, mais malgré cela, elle continue d'exister.

Nous nous sommes continuellement efforcés de faire prendre conscience à ceux qui participent à nos programmes qu'ils peuvent tirer parti de leurs acquis culturels pour acquérir de nouvelles connaissances.

Une fois qu'ils ont compris cela et qu'ils savent mieux qui ils sont et pourquoi, ils sont en mesure de relever d'autres défis, et notamment de réfléchir au mode de vie qu'ils souhaitent pour leurs enfants et leurs petits-enfants.

Cette diapositive portant sur les différentes étapes du processus de guérison reflète bien le genre d'histoire que les enseignants de l'institut ont entendue. Tout commence avec une dépendance et ensuite on passe à une étape où il n'y a ni alcool ni drogue et où on cherche des substituts à la dépendance et l'on aboutit à des sentiments de vide et de détresse intérieure. C'est à partir de ce moment que les gens commencent à s'interroger sur leur vie. On vous a souvent décrit le genre de problèmes qu'ils peuvent avoir connus: agression sexuelle, abandon, violence physique, carence affective, ainsi de suite. Voilà certains problèmes dont se plaignent toujours les personnes qui disent ressentir le vide leur existence.

Très souvent, comme l'a mentionné Lea, les gens deviennent très émotifs parce qu'ils apprennent à exprimer la souffrance qu'ils ressentent ainsi que des sentiments qu'ils ont réprimés pendant longtemps. Dès que je terminerai, Agnes vous dira quelques mots à ce sujet. C'est là qu'il devient important pour ces gens de donner libre cours à leur chagrin.



## [Text]

What I see as the challenge facing the committee and all of us is to be able to zero in on what is at the foundation of the difficulties. The best way I can describe it at this point is what happens to the child at conception and during the nine-month period before birth and in the first couple of years of life. Clearly, the pattern in a person's life is established in their first twenty or so months of life. A great deal more attention has to be paid there if we're going to find the kinds of solutions that really need to be found for us as communities of families, if we are to experience wellness in the next two generations.

## Recommendations.

First, it's very important that the education and training designed, developed, and delivered be tailored to address the needs of the community, because the community is the client. Given the nature of our traditions and our lifestyles of the past, it's really important that we recognize the significance of the community in the lives of people in our societies, as opposed to addressing the needs only of individuals, in the way people of the western world address them, and also as a variation to focusing on the family as the unit of attention in any kind of training program.

Second, the curriculum for training must honour the fact that indigenous societies have a history and a culture and a future. There's little evidence in the literature and in the reports and documentation that our first nations society really has a future and that people believe it has a future. I think that's very significant.

Third, the curriculum should honour the traditions, values, and practices that are the planks in their cultural foundation. A lot of research needs to be done in that regard so the cultures in Canada have the benefit of good research that clearly helps them to begin to identify the strengths of their life-ways.

Fourth, the delivery of curriculum should take place in a multicultural context. I learned more about my culture by going to university and being one of three first nations people at the university in the late 1950s than I ever did at any other time in my life. It's really important for us to remember that.

Fifth, the curriculum should include opportunities for grieving, healing, and processing of those life experiences that have been hidden, that have been held inside, to maximize the quality of learning. Established educational institutions do not see that as part of their legitimate role, but we've discovered it's absolutely essential, again because of our history and the place where we now sit as we move into the next century.

The final point is that teaching and learning opportunities must be designed to accommodate the needs of community workers without requiring them to do conventional undergraduate work, which takes four years following high school graduation. We can't afford to wait to have these professionals trained, as I mentioned earlier.

## [Translation]

Le défi pour nous comme pour le comité est de mettre le doigt sur la source des problèmes. Songeons un instant à ce qui arrive à l'enfant du moment de sa conception jusqu'à ce qu'il ait deux ans. Il est évident que les vingt premiers mois de la vie d'un enfant revêtent une grande importance. Il faut prêter beaucoup plus d'attention à ces premières années de vie dans l'intérêt des deux prochaines générations.

## Recommendations.

Premièrement, il importe que les programmes d'enseignement et de formation soient conçus et mis en oeuvre pour répondre aux besoins de la collectivité puisque c'est à elle qu'ils s'adressent. Compte tenu de la nature de nos traditions et de notre mode de vie passé, il est essentiel de reconnaître l'importance des collectivités dans nos sociétés, car contrairement à la société occidentale, nous ne nous intéressons pas seulement aux besoins individuels. Les programmes de formation doivent aussi être axés sur les besoins des familles.

Deuxièmement, les programmes de formation doivent tenir compte du fait que les sociétés autochtones possèdent une histoire, une culture et un avenir. Malheureusement, il est peu fait état dans les études, les rapports et les documents portant sur les autochtones du fait que les Premières nations croient en leur avenir. J'estime qu'il est très important de le signaler.

Troisièmement, les programmes de formation doivent refléter les traditions, les valeurs et les pratiques qui constituent les fondements de notre culture. Des recherches dans ce domaine s'imposent afin de faire prendre conscience à nos sociétés de leurs points forts.

Quatrièmement, les programmes de formation devraient être offerts dans un contexte multiculturel. J'ai davantage appris au sujet de ma culture à l'université—et j'ai été l'une des trois premiers autochtones à fréquenter cette université—que je n'en avais appris jusqu'alors. Il est très important de ne pas oublier l'importance du contexte multiculturel.

Cinquièmement, le programme de formation devrait comporter la possibilité pour ceux qui y participent d'exprimer le désespoir qu'ils ont ressenti en raison des expériences qu'ils ont vécues ainsi que les sentiments qu'ils ont réprimés pendant si longtemps et leur permette également de panser leurs plaies pour qu'ils puissent éventuellement tirer pleinement parti des connaissances qu'ils acquièrent. Les établissements d'enseignement reconnus ne considèrent pas que cela fait partie de leur rôle, mais nous avons constaté l'importance de ce processus en raison encore une fois des expériences que nous avons vécues et de la situation dans laquelle nous nous trouvons maintenant à l'aube du 21<sup>e</sup> siècle.

Enfin, il ne faut pas obliger les travailleurs communautaires à faire des études de premier cycle, soit étudier pendant quatre ans après leurs études secondaires, pour qu'ils puissent transmettre à d'autres leurs connaissances. Comme je l'ai mentionné plus tôt, nous ne pouvons pas attendre que ces professionnels soient formés.



[Texte]

[Traduction]

• 1010

Related to that is the need to codify the knowledge and skills and qualities an indigenous person brings to the classroom, organized to prepare and equip competent community workers. Our employers don't honour the traditional and other kinds of knowledge people have learned by living the life, in terms of compensation for the services being delivered.

Most of our employers use the western ways of deciding the level of pay someone is eligible for, but as I think many people have told you already, and others will demonstrate, some of the most effective people we have dealing with health and social issues are people who have very little formal or classroom-based education, but they've got the knowledge and skills because they have the training within their own communities, in non-formal or informal ways. I think that really needs to be rectified, if we're serious about identifying and calling upon the most effective resources to address these issues.

Also, that there be linkages established for interested learners to access higher and more specialized kinds of training, in other higher institutions of learning, is important. I'll leave it with that. Thank you very much.

**Chief Agnes Snow (Member of the Board of Directors, Sal'i'shan Institute):** Good morning. My name is Agnes Snow and I'm the chief of the Canoe Creek Band. I come to you today to speak on how, as a person, some of the methods used by the Sal'i'shan Institute have helped me, and not only for myself but as a worker and now as a person who is a leader of her community.

When I first started taking training at the Sal'i'shan Institute, I had very little knowledge of what learning was all about, what it took, because when I went to formal schooling, a lot of my learning was imposed on me from the top down; people try to jam all this information into your head, and hopefully you can regurgitate it and bring it out. It was a very different experience for me because I began to realize that a big part of learning is being able to share what you've learned with somebody else, and that ability to share what you've learned helps the growth of that other person.

So when I started in with the training, a lot of the experience I had was in sharing. We sat in a circle and we told our stories of how we felt. It really struck me; I always thought these things only happened to me. It was very shocking to me when I first started learning that everybody had a similar story and I wasn't unique. I always thought I was unique and I had big problems and I couldn't share them with anybody else. That was one thing I found, that I could begin doing this and learning from other people, that it was very important to begin to start looking within myself for the answers.

I began looking into myself and seeing what had happened to me, and it was very difficult to look at some of these things that happened to me as I grew up in the residential school, and what had happened at the residential school was very painful because you were taken away from your home and put into this foreign place. I re-felt all the pain I had felt at that residential school, sitting in the circle discussing it with other people. All those emotions started coming out and I began grieving the

À cet égard, il est nécessaire de reconnaître et consigner les connaissances et les compétences que les personnes autochtones apportent aux cours et de prendre les moyens pour donner les outils d'enseignement voulus aux travailleurs communautaires compétents. Nos employeurs ne respectent pas la formation traditionnelle des autochtones ni ne la rétribue.

La plupart de nos employeurs se fondent sur les méthodes occidentales pour établir la rémunération à laquelle une personne a droit, mais comme beaucoup d'autres témoins vous l'ont déjà dit et d'autres vous prouveront, certaines des personnes dont l'intervention est la plus efficace dans le domaine de la santé et des problèmes sociaux sont des personnes qui n'ont pas fait de très longues études, mais qui ont cependant acquis des connaissances et de l'expérience d'autres façons au sein de leur collectivité. J'estime qu'il faut vraiment corriger la situation, car ce qui importe, c'est de tirer parti des ressources les plus efficaces dont nous disposons.

Il importe également de permettre à ceux qui le souhaitent de poursuivre leurs études ou d'acquérir une formation spécialisée dans d'autres établissements d'enseignement supérieur. Je n'en dirai pas plus. Je vous remercie beaucoup.

**Le chef Agnes Snow (membre du Conseil d'administration, Institut Sal'i'shan):** Bonjour. Je m'appelle Agnes Snow et je suis chef de la Bande de Canoe Creek. Je suis ici pour témoigner du fait que l'Institut Sal'i'shan m'a aidée non seulement au point de vue personnel, mais à titre de dirigeante de ma collectivité.

Lorsque je me suis inscrite à l'Institut Sal'i'shan, je ne savais pas vraiment ce qu'apprendre signifiait, parce que lorsque j'étais à l'école, on nous imposait ce que nous devions apprendre et on nous bourrait le crâne dans l'espoir que nous finirions pas apprendre quelque chose. En suivant des cours à l'Institut Sal'i'shan, je me suis rendue compte qu'une partie importante de l'apprentissage, c'est de pouvoir faire profiter quelqu'un d'autre de ce qu'on a appris.

À l'institut, j'ai donc appris à faire profiter les autres de mon expérience. Assis en cercle, les participants ont exprimé leurs sentiments. Je me suis rendue compte que je n'étais pas la seule à qui certaines choses étaient survenues. J'ai été estomaquée de voir que d'autres avaient vécu ce que j'avais vécu et que mon cas n'était pas unique. Jusqu'alors, j'avais toujours cru être unique, que j'étais la seule à avoir de gros problèmes et que personne ne me comprendrait. Je me suis cependant rendu compte que je pouvais apprendre de l'expérience des autres et que c'était en moi-même que je devais d'abord chercher les réponses aux questions que je me posais.

J'ai alors accepté de me remémorer ce qui m'était arrivé dans ma jeunesse. Cela a été très pénible. Comme beaucoup d'autres, j'ai été envoyée à une école résidentielle. On nous forçait à quitter notre foyer et à aller étudier ailleurs. En discutant avec les autres qui faisaient parties du cercle, j'ai revécu toute la souffrance que j'avais vécue à l'école résidentielle. J'ai commencé à exprimer tous les sentiments que j'avais jusqu'alors réprimés et à exprimer le chagrin que m'avait

## [Text]

losses I had—the loss of my parents, the losses of my brothers and sisters, the loss of my childhood.

## [Translation]

causé le fait de devoir quitter mes parents et mes frères et sœurs et d'avoir dû renoncer à mon enfance.

## • 1015

What I felt was very painful, but it was good because it started helping me heal. It started helping me to take a look at who I was inside and feeling the hurt and pain and being able to learn and say that happened to me, but now I can begin to start learning new ways of dealing with my own life. I learned for the first time who I was. I didn't know up until then that I'd lost my culture.

Ce que j'ai ressenti était très pénible, et le fait de pouvoir exprimer mes sentiments m'a fait beaucoup de bien et m'a aidée à commencer à guérir. J'ai ainsi pu commencer à m'accepter telle que je suis et à accepter la souffrance que j'avais jusqu'alors réprimée. Ayant aussi appris à raconter ce qui m'était arrivé, je commence maintenant à savoir ce que je dois faire avec ma vie. J'ai appris pour la première fois qui j'étais. Jusqu'alors, je ne savais pas que j'avais perdu ma propre culture.

I began looking at what happened to the native people, reaching back and looking at the big picture Bill was talking about, looking at it and seeing for the first time we had a culture that had everything included, all the teachings we needed to know by the time we were seven, eight, or nine. By the time we were fifteen, we had all that knowledge. We didn't have to be told what to do because we had it within us right from our mother's knee, where we were taught that it was experiencing everything. That is something we had lost, how to take our learning and teach it to our own kids. That had been interrupted. That didn't work any more.

Je me suis rendue compte de ce qui était arrivé aux autochtones et j'ai commencé à replacer les choses dans leur contexte, comme l'a dit Bill, et j'ai pris conscience, pour la première fois, du fait que nous avions perdu une culture qui autrefois transmettait aux enfants tout ce qu'ils devaient savoir avant qu'ils n'atteignent sept, huit ou neuf ans. À 15 ans, tout le savoir de notre culture nous avait été transmis. On n'avait plus à nous dire ce qu'il fallait faire, car nous l'avions appris sur les genoux de notre mère. Nous avons cependant perdu la capacité de transmettre notre savoir à nos enfants. Il y a eu interruption dans la transmission du savoir.

Now, I learned that what I had learned from age one to seven was still within myself because now I was able to connect these things. It was very important to me because a lot of my culture was based on what I had learned right from age one to age seven. I was very happy that within myself I was able to begin to look at where I came from and to be able to look ahead.

À l'institut, j'ai cependant appris que ce qu'on m'avait transmis de l'âge d'un an à sept ans était toujours en moi parce que j'en avais maintenant pris conscience. Cela a revêtu une grande importance pour moi, car c'est de l'âge d'un an à sept ans que j'ai vraiment été en contact avec ma propre culture. Cette réflexion intérieure m'a permis de comprendre mes origines et d'avoir confiance dans l'avenir.

I started working with myself, and at the beginning I didn't think I knew very much. As I told you in the beginning, a lot of my learning was jammed into my head by repeating everything, and I didn't feel I had learned anything.

J'ai donc commencé un travail sur moi-même, et au début, j'avais l'impression de ne pas savoir grand-chose. Comme je vous l'ai dit, j'avais l'impression de ne rien avoir appris à l'école parce qu'on m'avait bourré le crâne et m'avait forcée à apprendre tout par cœur.

I'm able to begin to look at my life experience—I have a lot of experience, a wealth of experience—and connect it with new ideas. When you're taught from your childhood, you have many bags of knowledge that you carry with you. But we don't value those. What we value is a lot of things that come out of a book. It's not us. It's something that has been forced into us. We begin not to be us any more. We begin to be the person who taught us. We lose track of ourselves because we're not using our own knowledge and our own skills. That's where I began to use my own knowledge and skills to be able to rebuild who I was and to value myself for the first time in my life.

J'ai donc pris conscience du fait que j'avais une riche expérience de vie. J'ai pu faire le lien avec des idées nouvelles. Lorsqu'on apprend des choses étant enfant, ces connaissances nous suivent toute la vie. Mais on n'y attache pas beaucoup d'importance. On attache plutôt de l'importance à ce qu'on apprend dans les livres. Or, cela ne vient pas de nous et c'est quelque chose qu'on nous impose. On oublie alors qui on est. On commence plutôt à ressembler à la personne qui nous a enseigné. On oublie donc qui on est soi-même parce qu'on cesse de se servir de ses propres connaissances et de ses propres compétences. J'ai donc commencé à tirer parti du savoir que j'avais acquis étant enfant pour me reconstruire, et j'ai commencé à m'estimer pour la première fois dans ma vie.

Your self-esteem gets better. You begin to value who you are, and you create your own self-esteem. You feel good about who you are. For the first time in my life I was able to speak up. At one time I was what you would call a wallflower. I'd sit back and say, I'm going to be back here so nobody knows I'm in this room.

L'estime de soi s'améliore et on commence à s'aimer soi-même. Pour la première fois dans ma vie, j'ai pu exprimer mon point de vue. À une époque, j'étais très timide. Je m'assoiais à l'arrière de la salle pour que personne ne s'aperçoive de ma présence.



## [Texte]

I didn't start speaking until I started knowing who I was and feeling good about who I was inside. Now you can't shut me up, but that's part of learning, humour, that's part of everyday life. You have to make it real for the students. It's not that way any more. Life is sometimes too tough because we make it artificial. We're trying so hard to make it artificial that we don't suit the needs of the people we're working with.

## [Traduction]

Je n'ai pas commencé à m'exprimer jusqu'à ce que je sache qui j'étais et que je commence à m'estimer moi-même. Maintenant, on ne peut plus me faire taire. Apprendre à rire de soi, cela fait aussi partie du processus d'apprentissage, car l'humour fait partie de la vie quotidienne. Il faut que les choses qu'on enseigne aux étudiants aient un sens pour eux. On s'y prend autrement maintenant. La vie est parfois très dure parce qu'on la rend artificielle. On s'efforce tellement de la rendre artificielle, qu'on ne répond pas aux besoins des gens avec qui nous travaillons.

## • 1020

I took these ideas to my community as a NNADAP worker, and I started sharing with them what a medicine wheel was, what it is to physical, emotional, spiritual and mental when those things aren't looked at, how a person is whole when you have all four parts.

A lot of us only live in the physical or mental part of the wheel, and we're running around hiding our emotions and spiritually we're not all in touch with the Creator. We are going around like with a flat tire. The trick is to begin to round this out, round that tire out, fill all the gaps. That's what I learned. To be able now to start sharing it with the community, what is physical, emotional, mental, spiritual wellness and how to look at what's happening to us now and what happened in the past... It's very important to connect those two. Until you've connected those two you can't move ahead.

Right now what I'm doing as a community leader is beginning to mobilize the whole community. That is a hard job. What it takes is looking at the whole community as a client. It's a bigger wheel now that we're working with, but I find that what we're trying to do in using these models is to include everybody. When a person doesn't feel included, then they're feeling like they're missing something. With the whole community, what we're trying to do is bring them together now and ask how we want to see change happen. It's taking them and using their knowledge and their own skills, and they all do.

The way I see things is that everybody has knowledge and everybody has the ability to change, but you have to get the ideas from them. When you do, they make sure things are happening, that it's theirs, they own it, and then they can move it along. But the way things happened before it was imposed, it didn't work. Everybody kept asking why it didn't work. We had given them all the stuff and it wasn't working; nothing was happening.

I think that's where we have to rely on the community to know their needs. I'm learning very quickly as a leader to rely on the community to know their needs and to begin to help me help them. It's not me doing for them; it's them doing for themselves. The important part of it is that the community does it themselves. It's not imposed.

Thank you.

**The Chairman:** Thank you very much to all four of you.

À titre de travailleur du PNLAADA, j'ai soumis ces idées aux membres de ma collectivité, et je leur ai appris ce qu'était un cercle de guérison. Je leur ai aussi fait comprendre que leur bien-être général repose sur leur bien-être physique, émotif, spirituel et mental.

Bon nombre d'entre nous ne prêtent attention qu'aux aspects physiques ou mentaux du cercle de guérison; nous cachons nos émotions et nous faisons fi de nos besoins spirituels. Certains d'entre nous ont perdu contact avec le Créateur. C'est comme si nous circulions en voiture avec une crevaillon. Ce qu'il faut faire, c'est de combler les lacunes. C'est ce que j'ai appris. Il faut aussi faire comprendre aux membres de sa collectivité sur quoi repose le bien-être physique, émotif, mental et spirituel. Il faut leur apprendre à réfléchir sur ce qui leur est arrivé et sur l'avenir... Il est très important de faire le lien entre le passé et l'avenir. Sinon, on est condamné à faire du surplace.

À l'heure actuelle, à titre de dirigeante de ma collectivité, je cherche à mobiliser la collectivité toute entière. C'est une tâche difficile. Il faut considérer toute la collectivité comme un client. Le cercle de guérison est beaucoup plus gros qu'il ne l'était et ce qu'on cherche à faire avec ces modèles, c'est de rejoindre tout le monde. Lorsqu'une personne se sent exclue, elle a l'impression que quelque chose lui manque. Nous essayons maintenant d'amener tous les membres de la collectivité à réfléchir aux changements qu'ils souhaitent. C'est tirer parti des compétences et des connaissances de chacun des membres de la collectivité.

Tout le monde a des compétences et tout le monde peut évoluer, mais il faut que les idées viennent de la base. De cette façon, les gens se prennent en charge. Autrefois, les décisions leur étaient simplement imposées. Tout le monde se demandait pourquoi rien ne fonctionnait. Si rien ne fonctionnait, c'est qu'on dictait aux gens ce qu'ils devaient faire.

Il faut évidemment que la collectivité connaisse ses propres besoins. Comme dirigeante, j'apprends très rapidement à me fier à ce que me disent mes gens au sujet de leurs besoins. C'est ainsi que je peux les aider à s'aider eux-mêmes. Il ne s'agit pas de faire les choses pour eux. Il faut que la collectivité se prenne en charge. Rien ne doit lui être imposé.

Je vous remercie.

**Le président:** C'est moi qui doit des remerciements à vous quatre.



## [Text]

We have an immediate decision to make. You can hear the bell in the background, and behind you there's a light flashing that tells members of Parliament there's a vote in 13 or 14 minutes. Oh, it's a half-hour vote, so we have 25 minutes. I would suggest we aim to finish this session in about 20 minutes, unless there are really burning questions.

The other alternative, I say to the witnesses, is to have to hang around for 30 to 45 minutes until we come back to finish it. So it might be in your interest to finish it in the next 20 minutes or so. At the end of 20 minutes we're going to take a break to go to vote. Then we will come back for the rest of our meeting.

I want to thank you for the presentations. This was for me, and I would suspect for many members of the committee, very much a learning experience. We thank you for the time you've taken to travel here, and also to explain to us in a very competent fashion what this process is all about.

I have a couple of quick questions. Would Dr. Bartlett or Lea just explain to me what an elder is?

**Ms Bill:** That has been a bone of contention all across in aboriginal communities: what is an elder? There are varying degrees of elders. It has nothing to do with biological or chronological age. It has to do with experience and how you apply that experience to yourself and to the community.

This was one of the questions even I had to face as a young elder. Because I am a pipe carrier, I am a healer, I am considered to be an elder even though I'm very young. For some individuals that's very difficult to accept, because they see an elder as somebody who is 75 years old, with white hair, and who has had 75 years of experience. But that is not what is considered to be an elder. The emphasis is placed on your life experience and how you apply your wisdom and your knowledge.

**The Chairman:** Bill, did you imply the programs in your institute are all of three-week duration, or are they of varying durations?

**Mr. Mussell:** The program I spoke of is the health worker program. The regular annual program consists of courses that include one hundred instructional hours. So they are three consecutive weeks. We usually deliver four or five sets each year. But we do a number of other, more custom-designed training programs for bands, tribal organizations, friendship centres, and what not. They will run anywhere from three days to ten days, or even three weeks. But the regular annual program is three weeks for each course.

**The Chairman:** For example, Agnes, how long would you have been there?

**Chief Snow:** I was there three weeks at a time, four times a year.

**The Chairman:** On four different occasions.

## [Translation]

Nous devons prendre immédiatement une décision. Vous entendez la sonnerie et vous voyez le voyant lumineux qui clignote. C'est pour nous indiquer qu'il y a un vote à la Chambre dans 13 ou 14 minutes. Je me corrige: le vote aura lieu dans une demie-heure. Il nous reste donc 25 minutes. Je propose que nous cherchions à terminer cette séance dans une vingtaine de minutes, à moins qu'il n'y ait vraiment des questions brûlantes en suspens.

• 1025

L'autre possibilité est que les témoins attendent de 30 à 45 minutes que nous revenions pour terminer cette séance. Il serait donc peut-être préférable pour vous que nous terminions dans une vingtaine de minutes environ. À ce moment-là, nous devons suspendre la séance pour aller voter. Ensuite, nous pourrions revenir terminer notre réunion.

Je tiens à vous remercier de vos exposés. J'ai personnellement appris énormément et je suppose que c'est le cas de bon nombre des membres du comité. Nous vous remercions de vous être déplacés pour venir ici et de nous avoir expliqué d'une manière très compétente en quoi consiste ce processus.

J'ai quelques brèves questions à poser. Le docteur Bartlett ou Lea pourrait-elle m'expliquer ce qu'est un aîné?

**Mme Bill:** C'est la pomme de discorde dans toutes les collectivités autochtones: Qu'est-ce qu'un aîné? Il y a différents degrés d'aînés. Cela n'a rien à voir avec l'âge biologique ou chronologique. C'est lié à l'expérience et à la façon dont on applique cette expérience à soi-même et à la collectivité.

C'est l'une des questions auxquelles j'ai moi-même dû faire face à titre de jeune aîné. Parce que je suis porteuse du calumet, que je suis guérisseuse, je suis considérée comme une aînée bien que je suis très jeune. C'est très difficile à accepter pour certains, parce qu'ils imaginent qu'un aîné est une personne aux cheveux blancs, âgée de 75 ans, et qui a donc 75 ans d'expérience. Mais ce n'est pas ces personnes que l'on considère comme des aînés. On tient plutôt compte de l'expérience de vie d'une personne et de la façon dont elle applique sa sagesse et ses connaissances.

**Le président:** Bill, disiez-vous que les programmes donnés à votre institut durent tous trois semaines, ou leur durée varie-t-elle?

**M. Mussell:** Le programme dont j'ai parlé est celui des travailleurs de la santé. Le programme annuel régulier est constitué de cours totalisant une centaine d'heures. Il s'agit donc de trois semaines consécutives. Nous offrons habituellement ce programme quatre ou cinq fois par année. Nous avons cependant un certain nombre d'autres programmes de formation conçus spécifiquement en fonction des bandes, des organisations tribales, des centres d'accueil et d'autres groupes. Ils peuvent durer de trois à dix jours, ou même trois semaines. Toutefois, le programme annuel régulier est une série de cours de trois semaines.

**Le président:** Combien de temps y avez-vous passé, par exemple, Agnes?

**Le chef Snow:** J'y ai passé trois semaines, quatre fois par année.

**Le président:** À quatre reprises.

## [Texte]

**Chief Snow:** Yes.

**The Chairman:** How long ago was the last visit?

**Chief Snow:** Two years ago.

**The Chairman:** Would you go back again? Would there be an opportunity to go back again?

**Chief Snow:** Yes.

**Mr. Mussell:** Especially if we could get the funding to offer more advanced training. But the minimum requirement for a worker to change status in terms of pay is that they successfully complete 600 instructional hours. That's the way the program operates now. That would be 6 courses.

**The Chairman:** Pauline.

**Mme Picard (Drummond):** Bonjour. Merci de vos exposés fort intéressants.

• 1030

J'aimerais savoir, madame Bill, comment on forme les guérisseurs ou les guérisseuses. Est-ce que ce sont des dons reçus à la naissance? De quelle façon détermine-t-on qui sera guérisseur ou guérisseuse? Est-ce que ça vient par tradition, par famille?

Je voudrais aussi savoir si la médecine traditionnelle se pratique différemment dans les divers peuples autochtones, comme les Inuits, les Métis et les Indiens.

**Ms Bill:** Our friend has asked how traditional healers are trained and how it is determined if they are a healer and whether or not it is part of the family, and also the differences in the ways different cultures practise healing.

Healers are trained through many different ways. I was trained first of all by my grandmother, as a herbalist. She was trained by her grandmother. You were taken out into the field or into the woods, where you were trained to distinguish different plants and medicine and how they were applied. From there, my grandfather, who was the one who utilized manipulation of energy and learning all of the concepts, taught me much about that.

As I became an adult, I was trained to utilize all of the other different tools. It was later in life that I acquired my pipe and also began to perform my own ceremonies in lodges.

The basic principles are taught from childhood. That's where you learn the significance and the importance of self-respect and how you conduct yourself in ceremony and how you conduct yourself as a humanitarian, as a helper, and as a healer within the community.

On how it's determined generally, it used to be practised that when you are of a family that had healers—because every family has different gifts or different capabilities. . . In the western world you have academics or you have people who have certain kinds of knowledge bases. In our culture, the same applies. We have a long history of people who have been herbalists or spiritual healers. So that's how it is distinguished.

## [Traduction]

**Le chef Snow:** Oui.

**Le président:** À quand remonte votre dernier séjour?

**Le chef Snow:** À deux ans.

**Le président:** Y retourneriez-vous? Auriez-vous l'occasion d'y retourner?

**Le chef Snow:** Oui.

**M. Mussell:** Surtout si nous pouvions obtenir les crédits nécessaires pour offrir une formation supérieure. Mais l'exigence minimale pour modifier la rémunération d'un travailleur est qu'il ait terminé avec succès 600 heures de cours. C'est ainsi que le programme fonctionne actuellement. Il comprend six cours.

**Le président:** Pauline.

**Mrs. Picard (Drummond):** Good morning. Thank you for your very interesting presentations.

I would like to know, Ms Bill, how healers are trained. Is it a gift they get at birth? How do you decide who will be a healer? Is it a matter of tradition, is it a family thing?

I would also like to know whether traditional medicine is practiced differently by various aboriginal people, such as the Inuits, the Metis and the Indians.

**Mme Bill:** Notre amie demande comment on forme les guérisseurs et les guérisseuses et comment on détermine qui sera guérisseur, si cette fonction se transmet dans les familles, et également quelle différence existe dans la façon dont les diverses cultures pratiquent la médecine traditionnelle.

Les guérisseurs sont formés de nombreuses façons différentes. J'ai d'abord appris de ma grand-mère, qui m'a enseigné l'herborisation. Elle-même avait été formée par sa grand-mère. On vous amenait dans les champs ou dans les bois, où l'on vous apprenait à distinguer différentes plantes et herbes médicinales et la façon de les appliquer. Ensuite, mon grand-père, qui utilisait la manipulation de l'énergie et la connaissance de tous les concepts, m'a appris beaucoup.

Parvenu à l'âge adulte, j'ai appris à utiliser tous les autres instruments de guérison. C'est plus tard que j'ai reçu mon calumet et que j'ai commencé à organiser mes propres cérémonies dans les loges.

Les principes fondamentaux sont enseignés dès l'enfance. C'est alors qu'on apprend la signification et l'importance du respect de soi et comment se comporter au cours d'une cérémonie, comment se comporter comme humaniste, comme aide et comme guérisseur au sein de la collectivité.

Quant à savoir comment on détermine qui sera guérisseur, habituellement, lorsqu'on fait partie d'une famille comportant des guérisseurs—parce que chaque famille a des dons différents et des capacités différentes. . . dans le monde occidental, vous avez des universitaires et d'autres personnes qui possèdent certains types de savoirs. Dans notre culture, la même chose existe. Nous avons une longue tradition de gens qui ont été herborisateurs ou guérisseurs spirituels. C'est donc ainsi qu'on distingue les guérisseurs.



[Text]

Today indigenous peoples have shared. Because of modes of transportation and networking now, you have a lot of sharing, so you have a lot of borrowing from one culture to the next. But, intrinsically, there are a lot of similarities. For example, in Inuit culture they had shamanism, as we did in our culture. Those are actually spiritual healers. They're ones who utilize the spirits to help them in healing.

• 1035

I'm a healer myself. You graduate to the different levels. You start very basically. You have to practise the principles. Generally, you have to do that for quite a long time to demonstrate that you are capable, that you are walking your talk, and that you're doing what you are supposed to be doing as a healer.

The community, in days past, was the controlling mechanism as to how one was practising. If one was not respectful and didn't follow the principles, people didn't go to them.

Actually, that happens today. It's a self-regulatory system in which, if a healer gets a bad reputation, people will not go to them. They will travel many miles to see someone who is reputable, respectable, and who is known to have much success in very specific things.

There is something else that has an influence today in terms of how healers practise. Many times people within that community will travel to another community to find healing, partly because they don't trust what's happening in their community because of all of the pain that's happened there. Or maybe those in that healer's family have been abusers in some way, so not everybody will go to that particular healer.

Consider the differences in the way it's practised. As I indicated, there are the spiritual healers who utilize spiritual energy. You have actual spirits coming in to assist with the healing.

Then you have those people who only assess from a physical perspective. From their experience and knowledge of different illnesses, they will give a medicine, which is a herbal remedy.

Some people will only counsel. But the very basis of that is the prayer and the connection to the Creator. Otherwise you're working in isolation on your own, which is the practice of western medicine.

If you practise that way as a traditional healer, you are then putting yourself before the Creator. You're only an instrument. That's the very basis of traditional healing.

**The Chairman:** I think the committee at this point should make a decision. We have ten minutes. Then we have to be out of here for our vote. So the committee should decide first whether it wants to return to this subject after the vote, or deal with it in the next ten minutes or so. What's your wish?

[Translation]

Maintenant, les peuples indigènes ont commencé à partager leurs connaissances. Grâce aux nouveaux modes de transport et aux réseaux maintenant établis, nous échangeons beaucoup d'information, de sorte que nous empruntons beaucoup d'une culture à l'autre. Mais intrinsèquement, il existe beaucoup de similitude. Dans la culture inuite, par exemple, il y avait le chamanisme, et nous avons la même chose dans notre culture. Il s'agit en réalité de guérisseurs spirituels. Ce sont eux qui utilisent les esprits pour les aider à guérir.

Je suis moi-même guérisseuse. On est diplômé à différents niveaux. On commence à un niveau très élémentaire. On doit mettre les principes en pratique. Généralement, on doit le faire pendant très longtemps afin de montrer qu'on est capable, qu'on met en pratique nos connaissances et qu'on fait ce que l'on est censé faire comme guérisseur.

Dans le passé, la collectivité était l'entité qui supervisait la façon dont on pratiquait. Si quelqu'un n'était pas respectueux des principes et ne les mettait pas en pratique, les gens ne s'adressaient pas à eux.

C'est encore cela qui se produit aujourd'hui. Nous avons un mécanisme d'autoréglementation en ce sens que si un guérisseur a mauvaise réputation, les gens n'iront pas à lui. Ils préféreront parcourir bien des milles pour aller voir quelqu'un qui a bonne réputation, qui est respectable et qui est reconnu pour avoir eu beaucoup de succès dans des domaines très précis.

Il y a autre chose qui influence aujourd'hui la façon dont les guérisseurs pratiquent leur métier. Bien souvent, les membres d'une collectivité iront ailleurs pour trouver un guérisseur, en partie parce qu'ils n'ont pas confiance en ce qui se passe dans leur collectivité à cause de toute la souffrance qu'on y a vécue. C'est peut-être aussi parce que des membres de la famille du guérisseur ont commis certains abus et tout le monde ne s'adressera donc pas à ce guérisseur.

Pensez aux différences dans la façon dont on pratique. Comme je l'ai dit, il y a des guérisseurs spirituels qui utilisent l'énergie spirituelle. De véritables esprits viennent aider au processus de guérison.

Il y a également ceux qui font seulement une évaluation du point de vue physique. À partir de leur expérience et de leur connaissance de diverses maladies, ils donneront un médicament, sous forme d'herbe médicinale.

Certains donneront seulement des conseils. Toutefois, le fondement même de cette pratique est la prière et les rapports avec le Créateur. Autrement, on agit seul, isolément, comme on le fait en médecine occidentale.

Si un guérisseur traditionnel pratique de cette manière, on usurpe la place du Créateur. On est seulement un instrument. C'est le fondement même de la médecine traditionnelle.

**Le président:** Je pense que les membres du comité doivent maintenant prendre une décision. Il nous reste dix minutes. Ensuite, nous devons aller voter. Les membres du comité doivent donc d'abord décider s'ils veulent revenir continuer cette discussion après le vote, ou la terminer dans une dizaine de minutes. Que voulez-vous?



[Texte]

**Mr. Jackson (Bruce—Grey):** I guess that will depend upon whether or not we have questions and when we finish the questions. If there are people who are interested in the questions, fine. If not, maybe we can just go in camera and get on with our travel plans.

**The Chairman:** That was my question. We have three people who want to ask questions. They can either make them very brief or else agree now that we're going to come back here after. It's whatever you like.

We have ten minutes flat in this session right now.

**Ms Bridgman (Surrey North):** Thank you very much. I appreciate hearing what was said today.

I have a concern as to how we can address some of these problems that we have within the native cultural group, like the drinking, the suicides, and these kinds of things. Obviously we're approaching this from a western concept of identifying the need and isolating it from the holistic approach. But Dr. Bartlett did mention that there is an integration of addressing the diabetic situation, for instance, or the acute aspect of something, and then working that in. Also I'm wondering if we can approach our problems on a national basis by continuing to use that approach of addressing a specific need, such as the suicides, the drug abuse, or the alcohol abuse, and work it into this concept of a holistic approach.

I have another question. This is a national body looking at programs for across the country that would be applicable from the philosophy point of view of the medicine wheel. Maybe the terminology is different, but is the concept of that similar across the country, or are we looking at different programs with different groups?

The third possible approach here is, is it reasonable to integrate the problems that we face today? I realize that we're reacting to a problem. Is there some way in which we can address that problem within your approach, without it appearing, as Agnes was saying, that we give, give, give, but nothing happens? We have to turn that around somehow. Is it possible to integrate the western way with the Indian way?

**Ms Bill:** Personally I think it is possible, and it has been demonstrated in many communities where they have taken control over and directed their own destiny. I think most of our illness comes from the fact that we have not been empowered nor do we have self-directing energy. It has been an energy that has come from the exterior and directed us.

Rarely will you find a community that does not want to be healthy. Most communities want to be healthy, but what is lacking is that resource and the ability to go forward.

I believe the conventional or western approach can be brought together to meet and effect change at the community level, but the community has to feel as if it owns it. Otherwise, it doesn't work. That has been demonstrated repeatedly in communities across the country.

[Traduction]

**M. Jackson (Bruce—Grey):** Il s'agit de savoir, je suppose, si nous avons encore des questions à poser et quand nous les aurons toutes posées. Si des membres du comité veulent poser des questions, c'est bien. Sinon, nous pourrions peut-être siéger à huis clos pour discuter de nos projets de déplacement.

**Le président:** C'est la question que je vous pose. Trois membres du comité veulent poser des questions. Ils peuvent être très brefs ou convenir maintenant de revenir après le vote. Je m'en remets à vous.

Il nous reste exactement dix minutes pour continuer cette réunion.

**Mme Bridgman (Surrey—Nord):** Merci beaucoup. J'ai apprécié ce qui a été dit aujourd'hui.

Je voudrais savoir comment nous pouvons nous attaquer à certains des problèmes qui sévissent au sein des groupes de culture autochtone comme l'intempérance, les suicides et autres fléaux. Nous abordons évidemment cette question d'un point de vue occidental, qui consiste à identifier les besoins sans songer à appliquer une méthode holistique. Le docteur Bartlett a cependant mentionné qu'il y a une intégration dans la façon dont on s'occupe des diabétiques, par exemple, ou des aspects aigus de certaines maladies; on intègre donc les méthodes. Je me demande également si nous ne pouvons pas aborder nos problèmes à l'échelle nationale en continuant d'utiliser cette méthode qui consiste à s'attaquer à un besoin précis, comme les suicides, la toxicomanie ou l'alcoolisme, en incorporant dans ce concept la méthode holistique.

J'ai une autre question à poser. C'est un organisme national qui examine des programmes pour l'ensemble du pays auxquels on pourrait appliquer la philosophie du cercle de guérison. La terminologie est peut-être différente, mais le concept est-il semblable dans l'ensemble du pays, ou faudrait-il des programmes différents pour des groupes différents?

• 1040

La troisième méthode possible consiste à voir s'il est raisonnable d'intégrer les problèmes auxquels nous faisons face aujourd'hui. Je comprends que nous réagissons à un problème. Est-il possible de nous attaquer à ce problème en utilisant votre méthode, sans qu'il semble, comme Agnes le disait, qu'on donne sans cesse, alors que rien ne se produit? Nous devons contourner ce problème. Est-il possible d'intégrer la méthode occidentale et la méthode indienne?

**Mme Bill:** Personnellement, je pense que c'est possible et on l'a démontré dans de nombreuses collectivités qui ont pris en mains leur propre destinée. Je pense que la plus grande partie de nos maux provient du fait que nous ne sommes pas habilités et que nous ne dirigeons pas notre propre énergie. C'est une énergie qui est venue de l'extérieur et qui nous a dirigés.

Il est rare qu'on trouve une collectivité qui ne veut pas être en santé. La plupart des collectivités veulent être en santé, mais il leur manque cette ressource et cette capacité d'aller de l'avant.

Je crois qu'on peut intégrer les méthodes traditionnelles et occidentales de manière à apporter des changements au niveau de la collectivité, mais les membres de cette collectivité doivent sentir qu'ils en sont maîtres. Autrement, cela ne marche pas. On l'a démontré à maintes reprises dans des collectivités de toutes les régions du pays.

[Text]

**Mrs. Ur (Lambton—Middlesex):** An article I received said that in many cases western medicine is viewed as a preferred option for treatment of fractures and things such as that and traditional medicine is more basic to diabetes, mental illness, alcoholism, etc. With that statement, my question is: do you believe, then, that your traditional methods are doing the work if there is still such a problem within this aspect of the health care system among the native people? Obviously, there must be a problem.

In addition, Mr. Mussell made the statement that you don't have time to educate your people with five or ten years of university to become doctors, etc. From what I heard here this morning, it takes a lifetime to become educated as a healer. Looking in terms of the number of years, I don't understand the relationship there.

I also have a quick question to Ms Snow: how are you accepted as a chief, being of the female gender?

**Ms Bill:** I'm going to respond to the part of your question on the experience and the relationship to healing and why traditional healing might not be doing the trick of healing everybody and about having a balance.

For one thing, traditional healing has not necessarily been practised openly until recently, because in many communities it was banned. Not only that, but it was considered illegal. You have to take that into consideration.

Even today, as a traditional practitioner, I have to be very careful, as a nurse, that I am not put into a position where my licence as a registered nurse may be taken away.

In terms of the ability for traditional healers and the traditional practice, I believe you'll see the effect of that in a few years, because now it's becoming more open and people are coming forward and utilizing those systems.

The other thing that has affected the ability of traditional healing systems to have an impact on communities is the residential school, because the capacity to learn and to relay the information and to become a healer was not present. So there was an interruption there.

• 1045

There are very few of us, I believe, across the country who were raised in a traditional —

**The Chairman:** Before any members leave, we have to reconvene immediately after the vote, at least for the in camera session. We have some decisions that need to be made. We're going to leave here in about three minutes for the vote.

Go ahead.

**Ms Bill:** I'm finished. It would take a long time to explain.

**Mrs. Ur:** Also our approach in the non-native, the holistic, is much the same, then.

**Ms Bill:** Yes.

[Translation]

**Mme Ur (Lambton—Middlesex):** Dans un article que j'ai reçu, on dit que dans bien des cas, la médecine occidentale est l'option de choix pour le traitement de fractures et d'autres problèmes de cette nature, tandis que la médecine traditionnelle convient plus au traitement d'autres maladies comme le diabète, certaines maladies mentales, l'alcoolisme, etc. Cela dit, voici ma question: Croyez-vous, dans ce cas, que vos méthodes traditionnelles réussissent s'il y a encore de tels problèmes de santé chez les peuples autochtones? Il doit évidemment y avoir un problème.

De plus, M. Mussell a déclaré que vous n'avez pas le temps de former les vôtres pendant 5 ou 10 ans d'université pour qu'ils deviennent médecin ou une autre sorte de praticien. D'après ce que j'ai entendu ici ce matin, il faut toute une vie pour apprendre à devenir guérisseur. S'il s'agit d'une question d'années, je ne comprends vraiment pas.

J'ai aussi une brève question à poser à M<sup>me</sup> Snow: Comment êtes-vous acceptée comme chef, étant donné que vous êtes une femme?

**Mme Bill:** Je vais commencer par répondre à votre question concernant le rapport entre l'expérience et le travail de guérisseur et pourquoi la médecine traditionnelle ne réussit pas à guérir tout le monde, et je vais parler de la nécessité d'avoir un équilibre.

Premièrement, la médecine traditionnelle ne s'est pas nécessairement pratiquée ouvertement jusqu'à ces derniers temps, parce qu'elle était interdite dans un grand nombre de collectivités. De plus, elle était considérée illégale. Il faut tenir compte de cette réalité.

Même aujourd'hui, à titre de praticienne traditionnelle, je dois faire bien attention de ne pas me placer dans une situation qui pourrait entraîner la perte de mon autorisation de pratiquer comme infirmière.

En ce qui concerne la compétence des guérisseurs traditionnels et les succès de la médecine traditionnelle, je crois que vous en verrez les effets dans quelques années, parce que la pratique de cette médecine commence maintenant à se faire plus ouvertement et que les gens commencent à y avoir recours.

L'autre chose qui a nuit au succès de la médecine traditionnelle auprès des collectivités est le pensionnat, parce qu'on n'y favorisait pas l'apprentissage et l'échange du savoir et tout ce qui est nécessaire pour devenir guérisseur. Il y a donc eu une interruption.

Il y en a très peu parmi nous dans l'ensemble du pays, je crois, qui ont été élevé de manière traditionnelle. . .

**Le président:** Avant que des membres du comité partent, je vous signale que nous devons nous réunir de nouveau immédiatement après le vote, du moins pour la réunion à huis clos. Nous avons des décisions à prendre. Nous allons partir dans trois minutes environ pour aller voter.

Je vous en prie.

**Mme Bill:** J'ai terminé. Il faudrait trop de temps pour expliquer.

**Mme Ur:** De plus, notre méthode non autochtone mais holistique est dont assez semblable.

**Mme Bill:** En effet.



[Texte]

**Mr. Mussell:** I'd like to quickly comment on the intent of what I said, because I think you've missed it a bit.

There are people who are working and who have been working as health workers in our communities for about 20 years who are able to do a number of things to provide different levels of care in the community and who with training could do more. It's important that care continue to be delivered and that it be delivered even more competently as time passes while at the same time individuals from our communities, such as Judy Bartlett, pursue professional and other kinds of training that may take five, six, or seven years. To hold things off and say we are not going to do anything about mental health until we train a core of mental health workers in the universities, we cannot afford to wait for that because the attention is needed now. There are ways to prepare and equip people with a lot of traditional knowledge they've learned growing up in their communities, as Agnes described, who with a little more training could do a great deal more at the very beginning levels of healing, given the model that Lea shared with us.

Thank you.

**Chief Snow:** On my question, I completed a two-year term, and I am back in again—so, well accepted.

**Mrs. Dalphond-Guiral (Laval Centre):** I think my question will require a lot more time than one minute, so perhaps it is better to keep it in my mind, and maybe I will write to you.

**The Chairman:** Again, I asked the question 10 minutes ago as to what the committee's wish is, whether you want to continue this session or go to the in camera session after the vote.

**An hon. member:** We should go in camera.

**The Chairman:** I want to thank the witnesses for coming. We are governed around here by those votes, and that's what is terminating the session so quickly. Thank you. We've had a couple of good hours together.

The meeting stands adjourned.

[Traduction]

**M. Mussell:** J'aimerais faire un bref commentaire pour expliquer où je voulais en venir, car je pense que quelque chose vous a échappé.

Il y a des gens qui travaillent et qui ont travaillé comme travailleur de la santé dans nos collectivités pendant une vingtaine d'années et qui peuvent dispenser différents niveaux de soin dans les collectivités et qui pourraient faire davantage s'ils bénéficiaient de cours. Il est important que l'on continue de dispenser des soins et qu'on améliore encore davantage la compétence de ces travailleurs de la santé tout en permettant à des membres de nos collectivités comme Judy Bartlett de poursuivre des études professionnelles ou autres pendant 5, 6 ou 7 ans. Comme les besoins existent présentement, nous ne pouvons pas nous permettre de ne plus rien faire dans le domaine de la santé mentale tant que nous n'aurons pas formé dans les universités un groupe de travailleurs de la santé spécialisés dans les maladies mentales. Il existe des façons de préparer les gens, de leur donner beaucoup de connaissances traditionnelles acquises au cours de leur vie au sein de leur collectivité, comme l'a dit Agnes, et nous pouvons leur permettre de faire beaucoup plus au niveau très élémentaire en les faisant bénéficier d'un peu plus de formation, selon le modèle dont Lea nous a parlé, par exemple.

Je vous remercie.

**Le chef Snow:** En ce qui concerne l'autre question, j'ai terminé un mandat de deux ans et j'ai obtenu un autre mandat—par conséquent, je suis bien acceptée.

**Mme Dalphond-Guiral (Laval-Centre):** Je pense que ma question prendra beaucoup plus d'une minute et il est peut-être donc préférable que je la réserve pour l'instant et que je vous la pose par écrit, peut-être.

**Le président:** Il y a dix minutes, j'ai demandé aux membres du comité ce qu'ils voulaient faire, c'est-à-dire s'ils veulent poursuivre la présente séance après le vote ou passer plutôt à la séance à huis clos.

**Une voix:** Nous devrions siéger à huis clos.

**Le président:** Je tiens à remercier les témoins d'être venus. Notre temps est régi par ces votes et c'est ce qui nous oblige à mettre fin si rapidement à la séance. Je vous remercie. Nous avons eu deux bonnes heures environ ensemble.

La séance est levée.



**MAIL**  **POSTE**

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

**Lettermail**

**Poste – lettre**

**8801320  
OTTAWA**

*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

*Panel Presentation on "Modern Day Healing"*

*From the Native Physicians Association of Canada:*

Dr. Judith Bartlett, Vice-President.

*From the Aboriginal Nurses Association of Canada:*

Lea Bill, President.

*From the Sal'i'shan Institute:*

Agnes Snow, Chief, Canoe Creek Tribal Council, B.C.;

William Mussell, Principal.

#### TÉMOINS

*Présentation de groupe: «Guérison traditionnelle en temps moderne»:*

*De l'Association des médecins autochtones du Canada:*

D<sup>e</sup> Judith Bartlett, vice-présidente.

*De l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada:*

Lea Bill, présidente.

*De l'Institut Sal'i'shan:*

Agnes Snow, chef, Tribu «Canoe Creek», C.-B.;

William Mussell, directeur principal.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

CA1  
8  
421  
HOUSE OF COMMONS

Issue No. 23

Tuesday, February 21, 1995

Chair: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 23

Le mardi 21 février 1995

Président: Roger Simmons

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

## Health

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Santé

### RESPECTING:

A briefing session with the National Forum on Health

### CONCERNANT:

Une session d'information avec le Forum National sur la Santé

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



## STANDING COMMITTEE ON HEALTH

*Chair:* Roger Simmons

*Vice-Chairs:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Members

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Associate Members

Madeleine Dalphond-Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
Réal Ménard  
John Murphy  
Svend J. Robinson  
Andy Scott

(Quorum 6)

Nancy Hall

*Clerk of the Committee*

## COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

*Président:* Roger Simmons

*Vice-présidents:* Ovid L. Jackson  
Pauline Picard

### Membres

Margaret Bridgman  
Harold Culbert  
Michel Daviault  
Hedy Fry  
Grant Hill  
Bernard Patry  
Paul Szabo  
Rose-Marie Ur—(11)

### Membres associés

Madeleine Dalphond-Guiral  
Pierre de Savoye  
Keith Martin  
Audrey McLaughlin  
Réal Ménard  
John Murphy  
Svend J. Robinson  
Andy Scott

(Quorum 6)

*La greffière du Comité*

Nancy Hall



## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 21, 1995

(37)

[Text]

The Standing Committee on Health met at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 209, West Block, the Chair, Roger Simmons, presiding.

*Members of the Committee present:* Harold Culbert, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore and Nancy Miller-Chenier, Research Officers.

*Witnesses: From the National Forum on Health:* Dr. Tom Noseworthy, Evidence-based decision making group; Nuala Kenny, Chairperson, Ethics and Values working group; Louise Nadeau, Determinants of Health Group; Marie Fortier, Executive Director.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to a briefing session with the National Forum on Health.

Marie Fortier, Louise Nadeau, Nuala Kenny and Tom Noseworthy each made opening statements and answered questions.

At 9:40 o'clock a.m., the Chairman left the Chair and Ovid Jackson, the Vice-Chair, presided.

At 9:45 o'clock a.m., the Chairman returned to the Chair.

At 10:10 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:15 o'clock a.m., the sitting resumed *in camera*.

On motion of Harold Culbert, it was agreed on division, — That in relation to its study on Mental Health and the Aboriginal Peoples, the Committee adopt the proposed travel itinerary and budget, as approved by the Budget Sub-Committee of the Liaison Committee.

At 10:35 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

Clerk of the Committee

## PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 21 FÉVRIER 1995

(37)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à 9 h 10, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

*Membres du Comité présents:* Harold Culbert, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

*Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque:* Odette Madore et Nancy Miller-Chenier, attachées de recherche.

*Témoins: Du Forum national sur la santé:* D<sup>r</sup> Tom Noseworthy, Groupe de travail sur le processus décisionnel basé sur la preuve certaine; Nuala Kenny, présidente, Groupe de travail sur les éthiques et les valeurs; Louise Nadeau, Groupe de travail sur les déterminants de la santé; Marie Fortier, Directrice générale.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité procède à la séance d'information avec le Forum national sur la santé.

Marie Fortier, Louise Nadeau, Nuala Kenny et Tom Noseworthy font respectivement une déclaration et répondent aux questions.

À 9 h 40, le président quitte le fauteuil. Le vice-président, Ovid Jackson, le remplace.

À 9 h 45, le président reprend le fauteuil.

À 10 h 10, le Comité suspend ses travaux.

À 10 h 15, le Comité déclare le huis clos.

Sur la motion de Harold Culbert, il est convenu à la majorité, — Que, dans le cadre de l'étude sur la santé mentale et les autochtones, le Comité adopte le projet d'itinéraire et le budget approuvés par le Sous-comité du budget du Comité de liaison.

À 10 h 35, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Nancy Hall

[Text]

## EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, February 21, 1995

● 0907

**The Chairman:** Good morning, all. We'll call the session to order.

Welcome, Marie Fortier. I assume you are the lead spokesperson, or if not, who is the lead spokesperson?

**Ms Marie Fortier (Executive Director, National Forum on Health):** Well, I think we are all going to speak in turn. I'll say a few words of introduction and then each of the three members will talk about the actual work of the forum. Then I'll conclude with a few remarks.

**The Chairman:** Before you do that, just let me say a word. We have a quorum in terms of receiving evidence. Some of our members have other preoccupations this morning. Margaret from the Reform Party has sprained her ankle, Grant has another commitment, Hedy has another commitment and I haven't heard from the others. However, this will all be recorded and transcribed properly and we'll hear every last word you have to say.

We thank you for coming. We wanted to get up to speed on what the forum is doing, first out of interest and second because it may well impact on what we contemplate doing.

We welcome you. We've set aside about an hour for this session, so I would suggest, as the clerk has suggested to you, that maybe you'll want to keep your presentation to fifteen minutes or so to give an opportunity to members of the panel to ask questions as well.

Would you be kind enough to introduce the people with you, first of all, Marie, and then take it from there, please?

**Ms Fortier:** Thank you, Mr. Chairman. I'd be more than happy to introduce the three members of the forum who are here.

Ce sont Louise Nadeau de l'Université de Montréal, Tom Noseworthy of the Royal Alexandra Hospital in Edmonton, and Nuala Kenny of the Izaak Walton Killam Hospital for Children in Halifax.

Mr. Chairman, thank you for the opportunity to speak to you this morning.

Bonjour, tout le monde. Il me fait plaisir d'être ici en compagnie des trois membres du Forum.

I just want to say a few words to set the context of where we are in our work. I remind you that we only began a few months ago, on October 20, when the forum was launched by the Prime Minister in a session that was televised in part by Newsworld and replayed on the parliamentary channel on a number of occasions.

[Translation]

## TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 21 février 1995

**Le président:** Bonjour à vous tous. La séance est ouverte.

Je souhaite la bienvenue à Marie Fortier. Je présume que c'est vous qui êtes le porte-parole de votre groupe, sinon, pourriez-vous me dire qui l'est?

**Mme Marie Fortier (directrice générale, Forum national sur la santé):** Eh bien, je crois que nous allons tous parler brièvement. Je vais faire quelques remarques liminaires, et ensuite chacun des trois membres va aborder un aspect quelconque du travail du forum. Ensuite, j'aurai quelques remarques de clôture à faire.

**Le président:** Je voudrais simplement vous expliquer la procédure avant que vous ne commenciez. Nous avons un quorum et nous pouvons donc recevoir des témoignages. Cependant, plusieurs membres du comité ont eu des empêchements ce matin. Margaret, du Parti réformiste, s'est foulée la cheville. Grant et Hedy avaient tous les deux un autre engagement, et quant aux autres, je n'ai pas encore de nouvelles. Je vous assure, cependant, que nos discussions vont être enregistrées et transcrites, et que les membres pourront prendre connaissance de l'intégralité de vos commentaires.

Nous vous remercions de votre présence. Il nous semblait important de faire le point sur les activités du forum; d'abord, parce que cela nous intéresse, et, deuxièmement, parce que vos activités pourraient influencer sur notre programme.

Donc, bienvenue. Nous avons prévu une heure pour cette séance, et comme vous l'a expliqué la greffière, il conviendrait que vous vous en teniez à un exposé d'environ 15 minutes, pour que les membres du comité aient le temps de vous poser des questions.

Je vous demanderai donc, Marie, de nous présenter les personnes qui vous accompagnent, et de passer tout de suite à vos remarques liminaires.

**Mme Fortier:** Merci, monsieur le président. C'est un grand plaisir pour moi que de pouvoir vous présenter les trois autres membres du forum qui m'accompagnent aujourd'hui.

They are: Louise Nadeau of the University of Montreal.

Tom Noseworthy, du Royal Alexandra Hospital d'Edmonton, et Nuala Kenny, du Izaak Walton Killam Hospital for Children d'Halifax.

Monsieur le président, je voudrais tout d'abord vous remercier de nous avoir invités à vous adresser la parole ce matin.

Good morning, everyone. I am very pleased to be here this morning with three other members of the forum.

Je voudrais simplement faire quelques brèves remarques liminaires pour vous situer un tout petit peu notre travail. Je vous rappelle que nous avons commencé notre étude il y a quelques mois seulement, le 20 octobre, lorsque le premier ministre a annoncé la création du forum dans le cadre d'une rencontre qui a été télédiffusée sur *Newsworld* et retransmise plusieurs fois sur la chaîne parlementaire.



[Texte]

Since then the members met for a two-day meeting in November, during which they worked hard to decide on four key themes, which have since then become the substance of our work. This is essentially what the three members will be talking to you about this morning. Another meeting was held subsequently in Vancouver in mid-January, at which point the members divided themselves into small groups to work at developing the themes further.

[Traduction]

Depuis, les membres du forum ont eu l'occasion de se rencontrer en novembre, pour une réunion de deux jours, pendant laquelle ils ont travaillé très fort pour choisir quatre thèmes clés, qui constituent depuis lors l'axe de notre étude. C'est justement de ces quatre thèmes que les trois autres membres du forum vont vous entretenir ce matin. Une autre réunion a été tenue par la suite à Vancouver, à la mi-janvier, et à ce moment-là les membres se sont répartis en petits groupes pour approfondir ces quatre thèmes.

● 0910

At this point the groups are working independently, to a degree, from each other. They're further developing their work, and that's what they'll talk to you about today. We're planning to meet again in March. One of the groups met last weekend and the other three will be meeting, either by conference call or in person, between now and March. So we're right into it and I think it's a timely opportunity to give you an overview of the content and answer your questions.

En ce moment, les groupes travaillent de façon plus ou moins autonome, pour l'instant. Ils sont en train d'approfondir diverses questions dans leur groupe, et c'est justement ce dont ils vont vous parler aujourd'hui. Nous envisageons de nous rencontrer de nouveau au mois de mars. L'un des groupes s'est réuni le week-end dernier, et les trois autres vont se rencontrer, soit par conférence téléphonique, soit en personne, d'ici le mois de mars. Donc, notre étude est bien lancée, et je crois que c'est justement le moment idéal de vous en donner un aperçu général et de répondre à vos questions.

Louise Nadeau will talk to you about two of the themes.

Louise Nadeau va maintenant vous parler un peu de deux de ces thèmes.

**Ms Louise Nadeau (Determinants of Health Group, National Forum on Health):** I'm delighted to be here. I will speak in French but after the presentation I will gladly respond to all of your questions in English.

**Mme Louise Nadeau (Groupe de travail sur les déterminants de la santé, Forum national sur la santé):** Je suis ravie d'être parmi vous ce matin. J'ai l'intention de faire mes remarques en français, mais après mon exposé je me ferai un plaisir de répondre à toutes vos questions en anglais.

**The Chairman:** We have complete bilingual facilities, so you can respond in either language. If we can't understand we just listen to the apparatus in our ear, so there's no problem.

**Le président:** Puisque nous avons des services d'interprétation simultanée, vous pouvez répondre dans l'une ou l'autre des deux langues. Si nous ne comprenons pas la langue que vous parlez, il suffit que nous mettions ce petit écouteur sur l'oreille. Donc, il n'y a absolument aucun problème de ce côté-là.

**Mme Nadeau:** Quand on s'est posé la question de la santé dans les pays au début du siècle, on a mis beaucoup l'accent sur l'importance de développer l'hygiène. Il y a eu de grandes campagnes de vaccination et, bien sûr, on s'est assuré que tout le monde avait de l'eau potable. À ce moment-là, la longévité a augmenté de façon spectaculaire.

**Ms Nadeau:** When we started thinking more about health issues in various countries of the world at the beginning of this century, a great deal of emphasis was placed on improving and promoting proper hygiene. Major immunization programs were launched, and of course, there was an attempt to ensure that everyone had drinking water. Through those efforts there was a spectacular increase in life expectancy.

Au Canada, en 1974, il y a eu le rapport de Marc Lalonde, qui a mis l'accent sur l'importance du style de vie dans la santé et également sur tout l'élément de la promotion de la santé. Entre le rapport de Marc Lalonde et le début du Forum sur la santé, il y a 20 ans, d'autres éléments se sont dégagés de la documentation scientifique sur la santé. On s'est rendu compte que les déterminants de la santé au Canada, présentement, n'étaient pas le fait d'avoir des infrastructures de santé, mais dépendaient également largement d'autres éléments, à savoir les éléments économiques et les facteurs qu'on appelle psychologiques.

In Canada, Marc Lalonde published a report in 1974 that underscored the importance of appropriate lifestyles in achieving good health and on the whole health promotion issue. Between Marc Lalonde's report and the launch of the National Forum on Health, some 20 years elapsed, and as a result other issues have emerged in scientific papers dealing with health issue. We have realized that health determinants in Canada, at this time, were linked far less to health infrastructures than to other elements, such as economic and what we call psychological factors.

Si on s'attarde un peu aux facteurs économiques, on se rend compte que la pauvreté ou, au contraire, la richesse est déterminante dans la longévité, les gens pauvres vivant beaucoup moins longtemps que les gens riches. On se rend compte aussi que le type de travail que l'on a, c'est-à-dire ne pas en avoir, en avoir un ou, au contraire, avoir un travail sur lequel on a beaucoup de maîtrise, détermine également la longévité.

As far as economic factors are concerned, we have come to the realization that poverty or, rather, wealth, is an important determinant of life expectancy, as the poor live far shorter lives than do the rich. We have also realized that the type of work a person has—that is whether or not an individual has a job, and if he does, whether he exercises a lot of control over that job, is also a strong determinant of life expectancy.



## [Text]

Au niveau des facteurs psychologiques, on s'est également rendu compte que certaines attitudes psychologiques étaient conductives à la santé. Par exemple, se définir en contrôle d'une situation, être capable de faire de la résolution de problèmes, avoir de la compétence pour régler des problèmes sont des éléments qui ont un impact énorme sur la santé.

Pour résumer cela, j'utiliserai l'exemple de l'Hôpital Saint-Luc, où M. Lucien Bouchard a été soigné. C'était très impressionnant de voir la photo de cet hôpital qui, manifestement, a prodigué les meilleurs soins présentement accessibles au Canada, dans un quartier où la longévité est de 10 ans plus faible que dans le quartier d'Outremont, où je suis moi-même domiciliée, de même que des personnes qui font partie de ce gouvernement.

Donc, on se rend compte que ce n'est pas le fait d'avoir une infrastructure médicale qui assure la longévité, mais d'autres facteurs à caractère psychologique et à caractère social.

Par ailleurs, on s'est rendu compte que dans les autres éléments déterminants de la santé, il y avait également le fait d'avoir un réseau, c'est-à-dire d'avoir autour de soi des personnes qui nous aiment, sur lesquelles on compte et qui donnent un sens à notre vie. Cet élément d'avoir un sens à sa vie, lié à la fois à la vie privée et à la vie publique, semble être une garantie, c'est-à-dire un facteur prédictif de la longévité et de la santé, tout autant qu'une infrastructure médicale. Cette nouvelle façon de conceptualiser la santé au Canada préside au secteur de ce qu'on appelle maintenant les déterminants de la santé.

Les enjeux de cela sont importants. Ils sont importants en termes d'une redéfinition des priorités et d'une réallocation des ressources. Une des choses importantes que j'aimerais bien mettre en évidence devant ce Comité permanent, c'est le fait que souvent, on a diminué les ressources financières dans les hôpitaux, par exemple, mais sans nécessairement faire une réallocation des ressources au niveau d'infrastructures plus souples, que ce soit le maintien à domicile, les garderies ou le soutien des familles qui s'occupent des personnes malades.

• 0915

Un de nos soucis, au Forum, est qu'une réallocation des ressources ne devienne pas synonyme de coupures.

L'exemple que je voudrais donner là-dessus est celui des enfants. Il est clair que les petits de zéro à cinq ans sont un de nos groupes cibles. C'est un de nos groupes cibles parce qu'on se rend compte que ce qui se passe entre zéro et cinq ans est plus ou moins une hypothèque sur les factures futures que le système de santé ou le système de justice aura à payer. Je m'explique.

Il est clair que, de zéro à cinq ans, si un petit est bien nourri, si sa maman ne fait pas de dépression, si elle est capable de bien s'en occuper, s'il y a un papa qui est là, s'il y a un service de garderie adéquat, cet enfant va pouvoir développer non seulement ses habiletés de communication, mais également son potentiel intellectuel qui va lui permettre de terminer sa scolarité, d'avoir la concentration nécessaire pour le faire, et d'utiliser son potentiel de façon constructive et non pas de façon délinquante ou, à la rigueur, antisociale.

## [Translation]

In terms of psychological factors, we now understand that certain psychological attitudes are conducive to good health. For instance, being able to say one is in control of a situation, that one can solve one's own problems, and that one has the skills needed to solve one's own problems are all factors that have a tremendous impact on health.

To give you an idea of what I mean, I will use the example of St-Luc Hospital, where Mr. Lucien Bouchard was receiving treatment. It was really quite something to see pictures of the hospital—a hospital that provides the best care available here in Canada—in a neighbourhood where life expectancy is ten years lower than it is in the Outremont district, where I myself live, as do a number of other people who are with government.

So, we are realizing that a good medical infrastructure alone does not ensure long life, and that psychological and social factors are in fact far more significant.

We also have discovered that among other health determinants, having a support network is important—in other words, having people around you who love you, that you can count on and who give meaning to your life. The fact of having a meaning to one's life—both one's private and public life—seems to be a real guarantee—in other words, very good indicator of both health and longevity no less important than a proper medical infrastructure. This new approach to health in Canada is very clear in relation to what we now call health determinants.

The issues involved are important. They are important in terms of redefining our priorities and reallocating our resources. One important issue I would like to emphasize before the members of the standing committee is the fact that very often funding for hospitals has been cut back without there necessarily being any reallocation of resources to make our system more flexible, whether we're talking about keeping people at home, child care services or support for families who care for sick family members.

One of our concerns, at the forum, is that resource allocation must not be synonymous with cuts.

The example I want to use in this instance relates to children. It is clear that children aged 0 to 5 are one of our target groups. The reason they are one of our target groups is that we are realizing that what occurs between the age of 0 and 5 is, in a way, like a mortgage on future cost through the health or justice systems. Let me explain what I mean.

It is clear that if a child, between the age of 0 and 5, is properly fed, if his mother is not subject to depression and is able to look after him properly, if he has a father, and if he has access to proper child care services, he will be able to develop not only his ability to communicate, but his intellectual potential, so that he can successfully complete school—because he is able to concentrate adequately—and so that he can fulfil his potential in a positive and constructive way, rather than engaging in delinquent or even anti-social behaviour.

## [Texte]

Cet élément-là devient extrêmement important quand on pense à une réallocation des ressources. Il faut penser à équiper les familles canadiennes en détresse pour qu'elles puissent mieux s'occuper des petits.

Je termine en précisant que s'occuper de familles ne veut pas dire augmenter les allocations financières. Il est clair pour nous qu'un paiement régulier d'argent qui ne s'accompagne pas de stratégies dynamiques—le *empowering* des Anglo-Saxons—a des effets à long terme qui ne sont pas favorables. C'est-à-dire qu'on développe une mentalité d'assistés sociaux qui est faite de passivité, et cette passivité-là—je reviens aux déterminants de la santé—n'est pas conductive à une plus grande santé mentale et physique.

Je vous remercie de votre attention.

**Ms Nuala Kenny (Chairperson, Values Working Group, National Forum on Health):** I have the pleasure and challenge of sharing the National Forum on Health subgroup that's looking at ethics and values for the Canada health scene for the year 2000 and beyond. As a physician who is interested in ethics, I think looking at ethics and values from the Canadian perspective, the societal perspective, is one of the most important activities that we will undertake on behalf of the forum.

At the same time, I do not want to underestimate the difficulty of attempting to capture those values, so that they can then be formulated into principles on which our choices for the health of future Canadians would be based. For a lot of reasons it's a complicated task, but this morning I'd like to give you a flavour of what I think this challenge is about. Unless we can respond and articulate well, and unless we can assist in educating Canadians to the value consequences for society of their choices around health care, the forum will be missing a large part of its obligations.

Most of you will understand that ethics has become a hot topic in every arena. In health care we most often talk about microethics or bedside ethics. Most of the time the dilemmas are about individual patients and families making individual difficult choices, and that's where, as a physician concerned with ethics, I've become involved.

However, what we've come to understand over the last 10 to 15 years, as ethical reflection has become more inherent in health and health care, is that at the level of macroethic or societal ethic, the determination of values there sets the tone and shape in which all other individual decisions are made. So unless we have a reflection about ethics and values relating to health at the national level, any individual choice will be limited by a failure to look at the larger consequences.

## [Traduction]

This factor takes on tremendous importance in the context of resource reallocation. We must take steps to provide Canadian families suffering from distress the kind of resources they need to care for their children better.

I would conclude by saying that taking better care of families does not necessarily mean increasing allowances. It is abundantly clear, as far as we are concerned, that regular benefit payments, if they are not supported by dynamic, proactive strategies—empowerment, to use the English term—actually have long-term negative effects. People tend to develop a welfare recipient mentality, the primary characteristic of which is passivity, and that passivity—again, coming back to health determinants—is not conducive to better mental and physical health.

Thank you for your kind attention.

**Mme Nuala Kenny (présidente, Groupe de travail sur les valeurs, Forum national sur la santé):** J'ai le plaisir et la tâche difficile de présider le sous-groupe du Forum national sur la santé qui est chargé d'examiner la question de l'éthique et des valeurs que nous devons préconiser au Canada dans le domaine de la santé d'ici à l'an 2000 et au-delà. En tant que médecin qui s'intéresse à l'éthique, je crois pouvoir affirmer que l'examen des questions d'éthique et des valeurs qu'il convient de favoriser dans la société canadienne est sans doute l'une des activités les plus importantes du Forum national sur la santé.

En même temps, je ne voudrais pas sous-estimer la difficulté que pose la définition de ces valeurs, car c'est ainsi que nous pourrions en dégager les principes sur lesquels reposeront nos choix en ce qui concerne la promotion future de la santé. C'est un travail difficile, pour toutes sortes de raisons, et je voudrais ce matin essayer de vous donner une idée de ce en quoi consiste, à mon avis, ce défi. À moins de pouvoir bien le définir et d'y répondre, et à moins d'arriver à renseigner les Canadiens sur les conséquences pour la société de leurs choix en matière de soins de santé, nous, les membres du Forum, ne nous serons pas bien acquittés de nos responsabilités.

La plupart d'entre vous savent déjà que l'on discute d'éthique dans tous les secteurs à l'heure actuelle. Dans le domaine de la santé, on parle souvent de micro-éthique ou d'éthique au niveau des relations entre le médecin et son patient. La plupart du temps, les dilemmes concernent le cas de patients ou de familles qui ont des choix difficiles à faire au plan individuel, et c'est dans cette optique-là—puisque je suis médecin—que j'ai commencé à m'intéresser aux questions d'éthique.

Cependant, ce que nous avons compris au cours des études des 10 ou 15 dernières années, au fur et à mesure que notre réflexion sur les questions d'éthique s'est élargie pour englober la santé et les soins de santé, c'est qu'au niveau de la macro-éthique ou de l'éthique sociale, les valeurs de la société dans son ensemble donnent le ton, en quelque sorte, et orientent l'ensemble des décisions qui sont prises au niveau individuel. Par conséquent, à moins de réfléchir aux questions d'éthique et aux valeurs qui concernent la santé au niveau national, les choix des individus seront nécessairement plus limités, puisque nous n'aurons pas approfondi les conséquences plus globales de nos décisions.



[Text]

[Translation]

• 0920

One of the things that our small group looking at ethics and values is attempting to do is to look at the principles of the Canada Health Act itself—principles in ethical and philosophical language being a short-cut statement for values. Principles are usually operational; they help you translate a value, something you believe in deeply, into a guide for action, which is what principles are.

If we look at those—and we're attempting to do that now as an initial reflection within the subgroup—and look at, for example, the principle of universality, that's actually an operational principle. Part of our reflection is to capture what that has meant in value terms for Canadians. We believe that essentially it's a statement about fairness or equity. There's something about being Canadian and making general statements of choice in Canada that is firmly committed to equity. We're attempting to reflect on that because "fair" has many different determinations and understandings.

If we take comprehensiveness as a second component of the Canada Health Act on top of universality, we have an interesting reflection because "comprehensive" in fact meant everything was taken care of. If we reflect on the things available to us in health care in 1995, there are many more choices. We can always do something else in health care and it's paid for. So part of our reflection is what comprehensiveness has meant. Did it really mean we wanted Canadians to be dependent on health professionals, medication and health technology, or was there underlying that important principle some other values that we need to revisit for the year 2000 and beyond?

One step will be to review those important principles that have brought us to where we are with Canadian health and to make sure they are viable and active for the year 2000 and beyond.

I would briefly list for you a number of other values that are very important in health and health care. You'll notice that Louise Nadeau and I are using the terms "health" and "health care" quite specifically. We believe that what we have experienced in Canada for the past 25 or 30 years is a commitment to health care, and we believe the challenge for Canada from the year 2000 and beyond is a commitment to health. Health care does not ensure health, yet both are important in the system.

Here are some of the issues we will look at: what does respect for persons—an ethical principle—and respect for autonomy—that is, the choice of competent persons around their own health and health care—mean for Canadians, and how must it be enshrined in the choices we make for the system of the year 2000 and beyond? How do we balance benefit and risk?

How do we understand that there are goods that persons choose that are not simply medical goods but spiritual, familial, communal goods, and they must be incorporated within decisions around health? How do we commit to scientific integrity and truth and an evidence-based approach to what we do, yet at the same time recognize that we must respect individuals and their needs? Clearly all therapeutic relationships involve both art and science.

Dans notre groupe, qui étudie les valeurs et l'éthique, nous nous penchons sur les principes qui sous-tendent la Loi canadienne sur la santé, principes qui définissent en fait nos valeurs. C'est de ces principes que découle l'application de la loi. Ils permettent de traduire les valeurs en lesquelles on croit en guide pour l'action.

Prenons l'exemple du principe de l'universalité. C'est de la compréhension de ce principe que découlera l'application. En nous penchant sur cette question nous comprendrons les valeurs qui sous-tendent ce principe. Nous estimons que, de façon générale, il s'agit dans ce domaine de justice et d'équité. La question du choix et l'engagement ferme envers l'équité sont typiquement canadiens. Nous essayons de nous pencher sur cette question, car le terme «équité» a beaucoup d'acceptions différentes.

Un deuxième principe de la Loi canadienne sur la santé, en plus de l'universalité, c'est l'intégralité. En 1995, dans le domaine de la santé, les choix sont beaucoup plus nombreux qu'auparavant. Le régime paie pour beaucoup plus d'interventions. Nous nous sommes penchés sur la question de savoir ce que signifiait cette intégralité. Est-ce que cela signifie que les Canadiens devraient dépendre toujours davantage des professionnels de la santé, des médicaments, de la technologie, ou ce principe de l'intégralité devrait-il être conçu dans le sens des valeurs et des besoins que l'on connaîtra en l'an 2000 et plus tard?

Il faudra donc repenser ces principes importants qui ont permis à la santé publique canadienne de nous faire faire les progrès que l'on connaît pour nous acheminer jusqu'à l'an 2000 et au-delà.

J'aimerais maintenant aborder brièvement d'autres valeurs qui sont importantes dans le domaine de la santé et des soins. Vous vous rendrez compte que Louise Nadeau et moi-même utilisons les termes «santé» et «soins de santé» de façon très précise. Au cours des 25 ou 30 dernières années, le Canada a défendu, à notre avis, les soins de santé, et nous estimons que le défi que l'on devra surmonter en l'an 2000 et au-delà sera un engagement envers la santé. Les soins de santé n'assurent pas la santé, et pourtant les deux sont importants dans le système.

Nous allons nous pencher sur les questions suivantes: que signifient pour les Canadiens et Canadiennes le respect de la personne—un principe moral—et le respect de l'autonomie—c'est-à-dire la possibilité de choisir d'être entouré de personnes compétentes en matière de santé et de soins de santé? Nous allons nous demander comment il serait possible de l'inscrire dans le système de l'an 2000. Comment établir un équilibre entre les avantages et les risques?

Comment arrive-t-on à comprendre que certaines personnes choisissent, dans le domaine de la santé et des soins, des solutions non seulement médicales, mais aussi spirituelles, familiales, communautaires? Comment peut-on les incorporer aux décisions en matière de santé? Comment s'engager envers l'intégrité scientifique, la vérité, la prise de décisions fondées sur l'évidence, tout en reconnaissant que l'on doit respecter les besoins des individus? Il est certain que toute relation thérapeutique fait intervenir à la fois l'art et la science.



## [Texte]

How do we protect the vulnerable, a very important and I think passionate commitment of Canadian society to date? How are we responsibly dealing with stewardship of health care resources? What does "just and fair" mean in access to health and health care for this country for the year 2000 and beyond?

So the issues are, for us, the fundamental questions of value. We believe that without a reflection on those and an articulation of them, we can't move forward with practical decisions.

Our process from our committee is not yet clear, but it will have at least two components. One is an attempt to gather all that has been said and the best of Canadian thought and reflection on the issue of the values underlying the Canadian commitment to health. The second is an educational process engaging in some way with the Canadian public around the issue of the societal consequences of choices we make around health and health care. It's an enormously challenging subcommittee, and I'm pleased to commit myself to that for a fair amount of time in the future.

• 0925

**Dr. Tom Noseworthy (Evidence-based Decision-making Group, National Forum on Health):** Mr. Chairman, honourable members, and ladies and gentlemen, on behalf of the evidence-based decision making group, good morning and thank you for the opportunity to provide you some work in progress. We've just finished our second meeting this past weekend and our deliberations are fresh in my mind.

Our vision is simple: to operationalize the concept of evidence-based decision-making for health and health care. Our goals are threefold: we wish to see the development of a culture of evidence-based decision-making, to identify tools where evidence-based decision-making may be of value, and further to develop an infrastructure for evidence-based decision-making.

If we were to state where we wish to be five years hence, we would say that decisions about health and health care are based on the best available evidence. Evidence is classified according to its reliability and validity. Where evidence is non-existent, further research may be the answer. Specifically, interventions, encounters, practices, and programs shown to be ineffective or inefficient are not supported by the public system.

Who are our target groups? Physicians, providers, patients, consumers, researchers, and finally policy-makers. Let me give some practical examples, physicians and providers first.

There are many things in clinical practice that lack a base in evidence. An example, and a pertinent one, is electronic foetal monitoring. It's still in common use, expensive, sought after, and often the method of product differentiation of certain hospitals. It has not been shown to improve maternal outcomes or foetal outcomes, but it does cost money and increases the Caesarean section rate. This is a practical example of where evidence-based decision-making hasn't influenced practice.

## [Traduction]

Comment protéger les personnes vulnérables, un engagement très important et, je crois, très fervent de la société canadienne jusqu'à présent? Comment s'occuper de façon responsable de la gestion des ressources de santé? Que signifiera un accès juste et équitable à la santé et aux soins de santé pour les Canadiens et Canadiennes en l'an 2000 et au-delà?

Toutes ces questions sont donc fondamentalement des questions de valeurs. Si nous ne réfléchissons pas à ces questions, si nous ne pouvons pas les comprendre, nous ne pourrions en arriver à des décisions pratiques.

La façon de procéder de notre comité n'est pas encore claire, mais elle tiendra compte de deux éléments: tout d'abord on essaiera de rassembler tout ce qui a été dit de plus valable sur les principes et les valeurs qui doivent sous-tendre l'engagement canadien envers la santé. Deuxièmement, il faudra sensibiliser le public canadien aux conséquences des choix en matière de santé et de soins de santé pour la société tout entière. Notre comité fera un travail extrêmement important, et je serai heureuse de consacrer une grande partie de mon temps à cela à l'avenir.

**Dr Tom Noseworthy (Groupe de la prise de décisions fondées sur des données probantes, Forum national sur la santé):** Monsieur le président, honorables membres du comité, mesdames et messieurs, au nom du Groupe de la prise de décisions fondées sur des données probantes, je tiens à vous remercier de nous donner la possibilité de vous informer des travaux en cours. Nous venons de terminer notre deuxième réunion au cours du week-end passé, et les délibérations sont encore très vives à notre esprit.

Notre vision est simple: nous voulons mettre en pratique le concept de la prise de décisions fondées sur des données probantes. Notre but est triple: promouvoir l'intégration d'un mode de prise de décisions fondées sur des données probantes; identifier des mécanismes dans le cas où la prise de décisions fondées sur des données probantes serait utile, et finalement établir une infrastructure favorable à la prise de décisions fondées sur des données probantes.

Si nous voulions dire où nous voudrions être dans cinq ans, il faudrait bien préciser que les décisions en matière de santé et de soins de santé doivent être fondées sur les meilleures données possibles. Il faut tenir compte de la fiabilité et de la validité. Quand des données probantes manquent, on pourra procéder à davantage de recherches. Les interventions, pratiques et programmes prouvés comme inefficaces ou inefficients ne devraient pas être appuyés par le système public.

Qui sont nos groupes cibles? Les médecins, les fournisseurs de soins, les patients, les consommateurs, les chercheurs et finalement les décideurs. J'aimerais vous donner des exemples pratiques tout d'abord en ce qui concerne les médecins et les fournisseurs de soins.

Il y a beaucoup de choses dans la pratique clinique qui ne sont fondées sur aucune donnée probante. Un bon exemple est celui du moniteur foetal électronique. On continue à s'en servir même s'il est coûteux, et c'est souvent pour cela que l'on se rend dans un hôpital et pas dans un autre. Or, ce moniteur foetal n'a pas amélioré les choses ni pour la santé de la mère ni pour celle du foetus. Il ne fait que coûter de l'argent et augmenter le nombre de césariennes. À cet égard, la prise de décisions n'est pas fondée sur des données probantes. C'en est un bon exemple.

## [Text]

Regarding patients and consumers, if you have a coronary bypass graph done tomorrow, you'll do it with less information and understanding than if you buy a colour TV set. We simply have to change that.

Finally, from the perspective of researchers, they don't have access to the public around which research is taking place; the results of research activities involving patients are simply never reported to them directly.

As to health care policy-makers, we believe there are significant opportunities to base more choices and policies on evidence for policy-makers.

I guess our final message would be that more is not necessarily better. Secondly, some of what we do at present lacks a basis in evidence and cannot be shown to be of value to the health status of those who receive such care.

Thank you.

**Ms Fortier:** Mr. Chairman, in conclusion I'd just like to say that we do have plans to consult. At this point the individual groups are involving what they call key informants in developing their thinking further and gathering the information the members have referred to. The secretariat and the members themselves are also in contact with a large number of organizations who are interested in sharing with us their expectations and views on our work.

So we're actually quite interactive already but we are working on a consultation framework, which we'll be discussing in greater detail in March. We've already had a few discussions about consultation with the members and we have plans now to take that a step further because we feel we need to make decisions in the next month or two in order to organize a consultation.

We believe the health community has a lot to contribute and is interested and keen in participating, but the public also needs an opportunity to respond to the many issues and engage in that dialogue, not just with us but with each other. Our consultation framework will probably have to track one that will be developed with the health community in mind and with its own requirements and needs and one that will accommodate the public and will unfold over approximately the same timeframe, probably not until fall. It's unlikely that the group's work will have achieved that level of maturity that questions can be put out for discussion with the public or the health community until then, but by then I think we should be ready. We will probably be in a position to make those plans public by the end of March.

I think that concludes our remarks, Mr. Chairman, and we'd be happy to answer questions.

## [Translation]

En ce qui concerne les patients consommateurs: si l'on veut faire un pontage, on le fera en étant moins bien informé que si l'on achète un téléviseur couleur. Il faut modifier ce genre de situation.

Enfin, du point de vue des chercheurs, ceux-ci n'ont pas accès au public qui fait l'objet de recherches. On ne leur transmet jamais le résultat de la recherche directement.

En ce qui concerne les décideurs dans le domaine de la santé, il faudrait pouvoir améliorer la prise de décisions fondées sur des données probantes. Cela pourrait être fait facilement.

Pour finir, nous disons que ce n'est pas en dépensant davantage que l'on améliore la situation. Deuxièmement, beaucoup de prises de décisions ne sont pas fondées actuellement sur des données probantes et ne peuvent pas être considérées comme étant utiles pour la santé des patients.

Merci.

**Mme Fortier:** Monsieur le président, en conclusion je signale que nous avons prévu des consultations. À l'heure actuelle, les différents groupes font participer les informateurs clés à tout le processus d'élaboration et de collecte de l'information. Le secrétariat et les membres sont également en contact avec un grand nombre d'organisations qui veulent partager avec nous leurs attentes et leurs points de vue sur notre travail.

Nous avons donc des contacts importants à l'heure actuelle, mais nous sommes en train de mettre au point un cadre consultatif dont nous discuterons davantage en mars. Nous avons déjà eu plusieurs discussions avec les membres au sujet de la consultation et nous avons prévu de passer à l'étape suivante, étant donné qu'à notre avis des décisions devront être prises au cours du mois prochain ou des deux prochains mois afin de procéder à une consultation.

Nous estimons que le secteur de la santé a beaucoup à contribuer et est prêt à participer, mais le public doit également avoir la possibilité d'intervenir et de participer au dialogue entre ses différents membres et avec nous. Notre cadre de consultation devra sans doute tenir compte du secteur de la santé, de ses exigences et de ses besoins, de même que des besoins du public. Les consultations ne se poursuivront probablement pas jusqu'à l'automne. Nous ne croyons pas que le travail du groupe sera suffisamment développé pour qu'on puisse avoir des discussions avec le public ou le secteur de la santé avant cette époque, mais je crois que nous devrions nous y préparer. Nous espérons pouvoir être à même de rendre publics nos plans à la fin de mars.

Je termine ainsi mes remarques, monsieur le président. Nous serons heureux de répondre à vos questions.

• 0930

**The Chairman:** Please go ahead, Harold.

**Mr. Culbert (Carleton—Charlotte):** Good morning, witnesses. It's certainly good to have you before us and to hear what's been happening in the forum. It's exciting, I guess one might say, to see that we will look at new approaches and new endeavours for the future.

**Le président:** Allez-y, Harold.

**M. Culbert (Carleton—Charlotte):** Je souhaite la bienvenue aux témoins. Je suis heureux que vous soyez ici aujourd'hui pour nous faire part de ce qui se passe au forum. C'est enthousiasmant de voir que l'on peut s'attendre à de nouvelles perspectives pour l'avenir.



## [Texte]

I have just a couple of quick questions. In the reports we have received, I notice: "strength in public understanding in health and health care and developed support for change". I assume what you mean is how people can improve and sustain good health on their own, such as some of the promotional material now from the medical practitioners about proper exercise and so on, those types of things.

One question related to that is an experience I had a few years ago. I happened to be the mayor of my municipality at the time and also a member of the hospital board in New Brunswick. I acted as a guinea pig for a new program called "Extramural Hospital". Although I had many reservations, as you can probably appreciate, in anything new or different—and of course, such groups as the Victorian Order of Nurses and so on were coming to me and telling me why it wouldn't work—we went into it with the idea that we'd be optimistic. We said we'd try it. It isn't a perfect world out there, but just maybe there was something we could do to improve health care.

I should tell you, from my region, which was the guinea pig region in New Brunswick, it has since expanded to all of New Brunswick. It has become a very successful program. People receive treatment following surgery, say, and stay in their own homes. There are health care providers travelling to homes, whether a dietitian, nutrition, nurse or whatever health care provider is required.

First, it has proven very cost-effective. Better than that, it has proven that the environment in which a patient recovers from surgery or illness is so very important. I think it has been a success story. I would suggest it's something you should really look at. Maybe you already have.

The other point I was looking at specifically was when you were speaking about that fact that various or key factors are known to influence a person's health. We're all well aware of that. I was so impressed by the presentation made by one of the people we had before this committee last fall I invited him to my constituency in New Brunswick in January. We had two public forums. The presenter was Dr. James Fraser Mustard.

The scientific research he has done concerns early intervention with children. He has followed them through their lives and has proven that not only do many cases with early intervention have better health for themselves but their ability to obtain and keep work also has been much more successful than those who didn't have the benefits of that early intervention.

I guess what I'm leading to, as I look at your various formats of identifying tools and determining where the lack of evidence-based decision-making is within the system itself and so on, it comes down to related public opinion surveys that I assume you will be conducting as part of your overall investigation.

Are you looking at someone like Dr. Mustard and his studies, which he has done over a lengthy period of years, indicating the importance of that early intervention? I guess even from my own perspective, in more recent years I have thought of the area of kindergarten, but very honestly, one doesn't think of that even earlier, and now they're talking about two- and three-year-olds. In fact they're talking about it, according to Dr. Mustard's presentation, as early as two months

## [Traduction]

Je n'ai que quelques petites questions à poser. Dans le rapport que nous avons reçu, on parle d'accroître la compréhension des notions de santé et de soins de santé au sein de la population et de favoriser un climat propice aux changements à venir. Ce que vous voulez dire, je suppose, c'est que vous voulez inciter la population à améliorer sa santé et à se maintenir en santé. Cela rejoint ce que les médecins essaient de promouvoir quand ils parlent de l'importance de l'exercice, etc.

Ma question se rapporte à une expérience que j'ai eue il y a quelques années. J'étais maire de ma municipalité à l'époque et membre du conseil d'administration de son hôpital, au Nouveau-Brunswick. Notre province avait mis sur pied le programme «Extramural Hospital». J'avais beaucoup de réserves au sujet de ce programme, comme vous devez vous en rendre compte, car il s'agissait de quelque chose de nouveau et de différent, et des groupes comme l'Association des infirmières du VON et d'autres me disaient que ce programme ne pourrait pas fonctionner. Pourtant nous sommes allés de l'avant. Nous voulions l'essayer. Ce n'était pas parfait, mais nous pensions qu'il y avait peut-être quelque chose à faire pour améliorer les soins de santé.

Ma région du Nouveau-Brunswick avait été choisie comme cobaye pour ce projet pilote. À l'heure actuelle le programme s'est étendu à toute la province. Il a remporté un franc succès. Il s'adresse aux personnes qui, après la chirurgie, sont soignées chez elles. Les fournisseurs de soins se rendent à domicile, qu'il s'agisse de diététiciens, de nutritionnistes, d'infirmières ou autres.

Tout d'abord, ce programme a été très rentable. De plus, on s'est rendu compte que le milieu dans lequel un patient passe sa convalescence est extrêmement important. J'estime qu'il s'agit là du genre de programme sur lequel vous devriez vous pencher.

Vous avez dit que différents facteurs ont une influence sur la santé. Nous sommes tous au courant de cela. J'ai été tellement impressionné par l'exposé fait devant le comité l'automne passé par le Dr James Fraser Mustard que je l'ai invité dans ma circonscription du Nouveau-Brunswick en janvier. Nous avons tenu deux forums publics.

La recherche scientifique qu'il a faite porte sur l'intervention précoce auprès des enfants. Il les a suivis pendant toute leur vie et a montré que dans de très nombreux cas l'intervention précoce avait amélioré leur santé, et également leur capacité de travailler et de garder un travail.

Vous étudiez la question des déterminants de la santé et le fait que la prise de décisions n'est parfois pas fondée sur des données probantes. Je suppose que vous procéderez à des sondages dans le cadre de vos études.

Vous penchez-vous sur les questions que le Dr Mustard a abordées dans les études qu'il a faites au cours de nombreuses années et qui indiquent l'importance de l'intervention précoce? Récemment j'ai pensé à l'importance de la maternelle, mais à l'heure actuelle on parle même de formation pour les enfants de deux et trois ans. En fait on parle de ces questions à l'heure actuelle. D'après l'exposé du Dr Mustard, il est important d'intervenir à deux mois dans le domaine de la nutrition, car



[Text]

old for good nurturing, if you will, and good nutrition, and how that plays such an important role in the health of individuals for the rest of their lives.

[Translation]

cela joue un rôle important dans la santé de l'enfant pendant le reste de sa vie.

• 0935

From the experience I've gathered from both of those areas—and perhaps you may want to have some comments on this—I am so impressed with the line Dr. Mustard is on about how important that is at the early age rather than after the problem exists. What we can do is inform. I like the way it's phrased here: "to inform the public of the things we can do for ourselves as individuals in order to provide good health for ourselves so we don't end up in the system".

I don't think there are too many people who would say they particularly want to be sick so they can be part of our health care system or that they want to have an operation so they can be part of the system. There are more things we can do for good health care to avoid not only the cost to the system but also the cost of human beings, if you will.

Perhaps someone would like to comment on that.

**Ms Nadeau:** I must say I'm delighted to hear you speak in that tone and with that content. I really regret that the other members are not here, because you would have a hum of members saying they really agree.

The work of Dr. Mustard is known to most members of the forum, as is the work of Dr. Robert Evans, Marc Renaud and other colleagues who have published, as well as *Daedalus*, which is really our Bible. Why are certain people healthy and others not? We've been reading that.

Actually, I think before you enter the forum, they ask you yes—or no questions, and if you don't know those answers, you just can't be a member. That's of course a joke, but it more or less has that angle.

The other thing that's really important is we will be working, as a forum, with success stories. The whole point in how we're thinking as a forum is at this point there's been enough information gathered from different sources—Dr. Mustard's work, but other work also, and from other countries—that we're pretty clear about the importance of health determinants.

What we need right now is to get that information out to the public in a way that regular folks will understand. We think that kind of material speaks to common sense. It may not be in the interest of certain interest groups, but there's this whole notion of taking care of and stimulating the small ones and making sure they do develop.

It's been quite well-known in psychology that children who have been neglected not only have emotional problems but also cognitively, one may think, their whole genetic endowment is really not fully developed. For example, a little person who could potentially have an IQ of 100 with neglect and abuse only manifests an IQ of 80 plus deficient attention problems and a lot of anger and aggression that ends up in delinquent behaviours. Then ultimately the state bill comes up.

D'après l'expérience que j'ai acquise dans ces deux domaines—et j'espère que vous pourrez me dire ce que vous en pensez—je suis très impressionné par le point de vue du Dr Mustard. Selon lui il est très important d'agir précocement plutôt qu'après que les problèmes se sont développés. J'aime bien la façon dont les choses sont expliquées ici: «Informer le public des choses qu'il peut faire pour rester en bonne santé et ne pas devenir tributaire du système.»

Je ne crois pas que beaucoup de personnes veulent être malades, ou être tributaires du système, ou se faire opérer. Il y a toutes sortes de choses que l'on peut faire pour se tenir en bonne santé, ce qui permet à la fois de minimiser les coûts pour le système et les coûts en misère humaine.

Quelqu'un voudrait peut-être faire des commentaires à ce sujet.

**Mme Nadeau:** Je suis vraiment très heureuse de vous entendre parler de cette façon. Je regrette que les autres membres du comité ne soient pas ici. Je suis sûre qu'ils seraient d'accord avec vous.

La plupart des membres du forum connaissent le travail du Dr Mustard, comme d'ailleurs celui du Dr Robert Evans, de Marc Renaud et d'autres collègues. Ils connaissent *Daedalus*, notre Bible. On y parle des raisons pour lesquelles certaines personnes sont en santé et d'autres pas.

Avant qu'on puisse devenir membre du forum, on nous pose des questions. Si nous pouvons répondre, nous pouvons devenir membre. En fait ce n'est pas vrai, mais les choses sont quand même orientées de cette façon.

Ce qui est également très important, c'est que le forum divulguera des histoires de réussite. Le forum estime qu'il y a suffisamment de renseignements que l'on peut puiser à différentes sources—le travail du Dr Mustard et d'autres, ainsi que le travail réalisé dans d'autres pays. Tout le monde est pas mal au courant de l'importance déterminante de la santé.

Ce dont on a besoin à l'heure actuelle, c'est de diffuser cette information dans le grand public de façon à ce que les choses soient bien comprises. De toute façon, ce genre d'information est tout à fait sensée. Ce n'est peut-être pas dans l'intérêt de certains groupes d'intérêts; cependant, il est certain qu'il faut prendre soin des enfants, les stimuler, s'assurer qu'ils se développent convenablement.

Les psychologues savent bien que les enfants qui ont été négligés souffrent de problèmes non seulement émotionnels, mais également cognitifs, et que leur potentiel génétique ne peut vraiment pas complètement se développer. Ainsi, à la suite de négligences et d'abus, un enfant n'atteindra pas son potentiel et souffrira de problèmes de déficience de l'attention, de colère et d'agressivité qui le pousseront vers la délinquance. Tout cela coûtera très cher à la santé publique.

[Texte]

You can look at it from two perspectives—either from the angle of the bill of the criminal justice system or from the point of view of the bill of the health system. Both are there, omnipresent in our minds. Also there's the Ministry of Labour, which has to deal with unemployment.

There's also a general angle that's much more productive. Are these people contributing to the good functioning of our society? Are they going to be good parents? In the long term this is a major issue, because we're reproducing that kind of system of neglect—not necessarily abuse, but certainly neglect.

To conclude, we will be documenting the success stories. The forum will probably get back to you to get that nice story, because what Canadian people need to hear about is how the communities succeed and how we can imitate them, taking into account the specificity of our very own communities. For example, the situation in Newfoundland may be very different from that in Saskatoon. However, those parameters are there.

● 0940

We may also document failures, but only in order to understand what went wrong and how, if we change that element, we can change a failure story into a success story.

We need to keep in mind that we still have to keep a pretty good hospital system, because when there's an emergency—when there's a car accident, when there's this, when there's that—we just can't close hospitals. I'm very excessive and I should be speaking more in nuances, but we're not having a charge against the actual system. It's just that we need to rebalance things. To deal with an emergency we still need a highly skilled medical profession. That has to be maintained, in spite of the fact that much more has to be given to families and communities in order to improve general well-being and so that they can do what they want to do—i.e., take care of the loved ones who are in distress, physically or mentally.

**Ms Fortier:** I think Dr. Noseworthy would like to comment on the extramural hospital.

**Dr. Noseworthy:** I would, particularly because it's a Canadian success story, even though it's still only in one province. I think there's a good basis for believing that the extramural capability demonstrated in New Brunswick ought to be generalized to the rest of Canada in one form or another.

There is little question about the fact that there's a major restructuring process going on in Canadian hospitals at this time. Certainly hospitals are an endangered species to a certain extent. They will persist into the future, but they'll be quite different from the way they have been in the past. The notion of having to have an in-patient service in every bedroom community is over, shouldn't be permitted, and is simply not necessary based on evidence.

However, there are enormous gaps in community-based services to pick up where hospital changes are taking place. The extramural facility potentially does that and fills the gap. As you may well know, when you started your program some four to

[Traduction]

On peut envisager la question sous deux aspects: ce qu'il en coûtera au chapitre de la justice criminelle ou ce qu'il en coûtera pour le système de santé. Quoi qu'il en soit, on ne peut oublier ces deux aspects; il y aura également les problèmes de chômage.

Il y a également un aspect beaucoup plus général, qui concerne la productivité de ces personnes. Contribueront-elles au bon fonctionnement de la société? Seront-elles de bons parents? Il s'agit là d'une question d'une importance vitale à long terme. En effet, quand il y a négligence, sans même parler d'abus, on a tendance à la reproduire.

Pour terminer, le forum fera état des cas de réussite. Nous vous en informerons, car la population canadienne a besoin d'entendre parler de ces réussites; elle voudra savoir comment les émuler tout en tenant compte de la nature spécifique des différentes collectivités. Par exemple, la situation à Terre-Neuve est peut-être très différente de celle de la Saskatchewan. Les paramètres sont là, cependant.

Nous expliquerons également, dans le cas des échecs, ce qui a été mal, et pourquoi; nous expliquerons comment, en modifiant tel ou tel élément, on peut transformer un échec en réussite.

Il ne faut pas oublier que l'on devra quand même conserver un assez bon système hospitalier pour les cas d'urgence, les accidents de voiture, etc. Il n'est pas possible de fermer les hôpitaux. Je suis excessif, et je devrais peut-être être plus nuancé, car nous ne sommes pas en train de vouloir démolir le système actuel. Il faut simplement rééquilibrer les choses. Dans les cas d'urgence, on aura toujours besoin d'une profession médicale extrêmement spécialisée. Il faut la maintenir, en dépit du fait que beaucoup de responsabilités doivent être laissées entre les mains des familles et des collectivités, et ce, afin d'améliorer le bien-être général et de pouvoir faire tout ce que nous voulons faire, à savoir prendre soin des personnes que nous aimons et qui sont en difficulté, physique ou mentale.

**Mme Fortier:** Je pense que le Dr. Noseworthy voudrait faire des commentaires au sujet de cet hôpital extra-muros.

**Dr. Noseworthy:** Certainement. Je considère que c'est une réussite canadienne, même si celle-ci n'existe que dans une seule province. Nous estimons que cette expérience du Nouveau-Brunswick pourrait être généralisée d'une façon ou d'une autre dans le reste du Canada.

Il est certain cependant que l'on est en train de procéder à une restructuration des hôpitaux canadiens à l'heure actuelle. Les hôpitaux sont certainement une espèce en voie de disparition, du moins dans une certaine mesure. Ils existeront toujours dans l'avenir, mais seront très différents de ce que nous avons connu. Il ne faudrait pas avoir des services aux hospitalisés dans toutes les villes-dortoirs du Canada; cela ne devrait pas être permis, et cela n'est pas nécessaire, si les prises de décisions sont fondées sur des données probantes.

Cependant, il y a d'énormes lacunes dans les services offerts dans les différentes communautés là où l'on modifie la vocation des hôpitaux. Les services extra-muros permettent de combler cette lacune. Comme vous le savez sans doute, il y a quatre ou



[Text]

five years ago, 100% of the patients were admitted directly from hospitals. The extramural hospital was a means of reducing length of stay, and it was shown successfully to be able to do that. As of today, 46% of the patients are admitted directly to the extramural hospital and avoid an in-patient experience completely.

There's a practical example, based on some evidence, which is work in progress, that there are alternative ways of providing services.

I will comment on Dr. Mustard for a moment. While he may not be a member of the forum, his spirit is certainly with us, given that four members of the Canadian Institute for Advanced Research are indeed members and that he was the founding member of the Canadian Institute for Advanced Research.

**Mr. Culbert:** Mr. Chair, just one more brief question.

**The Chairman:** Put a quickie, but I listened to your first one and I'm not sure you can put a quickie.

**Mr. Culbert:** Oh yes, I can.

In my comments earlier I didn't mean to suggest that there wasn't a need or room for the traditional hospital. There certainly is. I concur, though, that modern technology is changing that each and every day, with new pieces of equipment. I mean, who could have imagined two or five years ago that a gall bladder could be removed with little surgery? We now have that capability. I wanted to clarify that point. However, there are other methods and other forums through which we could provide good health care in this country, without the traditional way of putting a person in a hospital bed. That was the point.

**Mr. Jackson (Bruce—Grey):** Ms Fortier, it's good to see you again with your talented group. I have a number of questions, but since there are so many people in rotation I'll ask just a couple.

In your presentation you have indicated that health care spending must be based on evidence of treatment and service effectiveness. Since the provinces decide what medical and hospital care will be provided under their health insurance plans, do you believe the federal government can assist the provinces to improve the effectiveness in public health care spending? If so, how?

I know you had previously envisaged how large Canada was going to be and you had forecasted how many surgeons there should be. Perhaps you may have a look at the array of new horizons or new ideas that have to be put into the mix with regard to the competence of doctors. One that's perplexing for me, and which I hope you find the answer to, is health care in rural areas. How could you attract good young doctors, or experienced doctors, who would serve the community's needs? Maybe I shouldn't pick on the young or the old or gender so I don't get into trouble.

[Translation]

cinq ans, quand vous avez commencé votre programme, 100 p. 100 des patients étaient admis directement à partir de l'hôpital. Ce programme visait à réduire la durée du séjour dans les hôpitaux. Cela a remporté un franc succès. À l'heure actuelle, 46 p. 100 des patients sont admis directement dans ce programme extra-muros et ne passent plus par les hôpitaux.

Comme le confirment les expérience en cours, il y a d'autres façon de fournir des soins.

Je voudrais parler du Dr Mustard pendant quelques instants. Il n'est pas membre du forum, mais nous nous inspirons certainement de lui, puisque quatre membres de l'Institut canadien des recherches avancées font partie du forum et qu'il était membre fondateur de cet institut.

**M. Culbert:** Une dernière petite question rapide.

**Le président:** À en croire ce que j'ai entendu quand vous posiez une petite question, je ne crois pas que vous soyez capable de poser une question rapidement.

**M. Culbert:** Mais si.

Je ne voulais pas faire croire qu'à mon avis l'hôpital traditionnel n'a plus de raison d'être. Ce n'est certainement pas le cas. Cependant, la nouvelle technologie change la situation de jour en jour. Qui aurait pu imaginer il y a deux ou cinq ans que l'on pourrait pratiquer l'ablation de la vésicule biliaire pratiquement sans chirurgie? Je voulais donc préciser cela. Cependant, il y a d'autres méthodes qui nous permettent d'avoir une population en santé sans pour autant mettre les gens à l'hôpital. C'est ce que je voulais dire.

**M. Jackson (Bruce—Grey):** Madame Fortier, je suis heureux de vous voir ici à nouveau, accompagnée de ce groupe si talentueux. J'aurais différentes questions à poser, mais je n'en poserai que quelques-unes, étant donné qu'il y a tellement de personnes qui doivent poser des questions elles aussi.

● 0945

Dans votre exposé vous dites que les dépenses en matière de soins de santé doivent tenir compte de données probantes en matière de traitement et d'efficacité du service. Étant donné que ce sont les provinces qui décident quels soins médicaux ou hospitaliers seront fournis dans le cadre de leur régime d'assurance-maladie, estimez-vous que le gouvernement fédéral peut aider celles-ci à améliorer l'efficacité en matière de dépenses en ce domaine? Si tel est le cas, comment?

Vous avez fait des prédictions quant au nombre de chirurgiens dont on aura besoin dans l'avenir. Vous voudrez peut-être tenir compte de toutes sortes de nouvelles questions en vous penchant sur la question de la compétence des médecins. Une question qui me rend perplexe depuis longtemps et à laquelle j'espère que vous pourrez répondre, c'est celle des soins de santé dans les régions rurales. Comment attirer de jeunes médecins compétents ou expérimentés dans ces endroits du pays? Peut-être ne devrais-je pas parler de jeunes ou de vieux médecins, hommes ou femmes, car je pourrais me retrouver en difficulté.



## [Texte]

Those are some of my questions. Thank you.

**Ms Fortier:** I think Dr. Noseworthy is quite able to talk about your first point. I'll just make a general comment about the issue of human resources in health and their distribution.

At this point, I'm not sure any group has specifically identified that. I would expect that when you look at rebalancing of services or rebalancing of resources, you inevitably have to ask yourself if you are using the right people in the right place to do the right thing that is evidence-based or that is supported by Canadian values. I think we'll get to that as our work progresses.

I'm not sure whether the forum will specifically address how many we need and of what different kinds. I think there are structures in this country dedicated to such work. Under the conference of ministers and deputies, a federal-provincial-territorial advisory committee on human resources has been working very hard for years. Since we do have a limited amount of time, it's quite possible we will provide some material and some advice that they can take, and then we'll move on to do more specific work around these subthemes.

People can't and don't do everything on the forum. We've never been expected to solve all the problems for the health system, but I think they're real problems. I think the forum can provide the impetus for looking at them in a different way by bringing those different perspectives to bear on what the needs of the future will be.

Perhaps you can pick up the other point.

**Dr. Noseworthy:** Well, Mr. Jackson, with something as large as health and the health care delivery system, the challenge that we face as a forum is to find a focus that will make a meaningful difference. There are so many things that we could discuss and only some that we actually can.

In our first few meetings, I think we've decided we should take a long-term view of the health and well-being of Canadians. Secondly, we've certainly come to grips with the fact that the provinces are indeed responsible for the health care delivery systems. We will need to work directly with them, not against them.

If I could paraphrase what I think you've said to us, can we help the provinces if we take the long-term view and think about the issues you've raised. I think it's possible to do so, but I think we have to do it within the context of the four areas that we're concentrating on. If we specifically attempt to deal with some of today's pragmatic issues in the delivery system, we may well have difficulty in integrating our advice and our recommendations with the current actions of the province.

From my own perspective, I would say parenthetically that it will be absolutely necessary, at some point in the near future, for the National Forum on Health to have a more meaningful integration of our interests and our thoughts with the provinces. Currently we have provincial observers. I think we will need to get beyond that if we're going to make meaningful differences that can help the provinces.

## [Traduction]

Ce sont là mes questions. Je vous remercie.

**Mme Fortier:** Je crois que le D<sup>r</sup> Noseworthy pourra certainement répondre à votre première question. J'aimerais faire un commentaire de nature générale en ce qui concerne les ressources humaines dans le domaine de la santé et leur répartition.

Pour le moment, je ne suis pas sûre qu'un groupe ait de solution à ce sujet. Quand on envisage un rééquilibrage des services ou des ressources, il faut se demander si l'on utilise les bonnes personnes à la bonne place au bon moment en basant les décisions sur des données pertinentes ou en tenant compte des valeurs canadiennes. Nous pourrions répondre à cette question au fur et à mesure des progrès que nous réaliserons dans notre travail.

Je ne suis pas sûre que le forum pourra dire de combien de médecins on aura besoin dans l'avenir ni se prononcer sur ce genre de choses. Il y a des organismes qui se consacrent à ce genre d'études. Sous les auspices de la conférence des ministres et sous-ministres, un comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines travaille très fort à cette question depuis des années. Étant donné que nous ne disposons que d'un temps limité, il est fort possible que nous leur donnerons des conseils à ce sujet pour ensuite faire du travail plus précis sur ces questions.

Nous ne pouvons tout faire au forum. On ne s'attend pas à ce que nous réglions tous les problèmes du système de santé, même s'il s'agit là de problèmes réels. Le forum peut inciter à envisager tous ces problèmes de façon différente en s'attachant aux besoins de l'avenir.

Vous pourriez peut-être répondre à l'autre question.

**Dr. Noseworthy:** Monsieur Jackson, dans un système de prestation de soins aussi complexes que les soins de santé, le défi pour notre forum, c'est de pouvoir nous concentrer sur des questions qui permettront d'accomplir quelque chose de vraiment valable et différent.

Au cours des quelques premières réunions, nous avons décidé d'envisager la santé et le bien-être des Canadiens à long terme. Par la suite, nous avons certainement compris que les provinces sont en fait responsables de la prestation des services. Il faudra travailler directement avec elles, et non pas en opposition à elles.

Si vous me permettez de paraphraser votre question, vous avez demandé si le forum pourrait aider les provinces en ce qui concerne le long terme et les questions que vous avez soulevées. Il est possible de le faire, mais, à mon avis, nous devons le faire en tenant compte des quatre thèmes sur lesquels nous nous concentrons. Si nous essayons de nous attaquer à certaines des questions pratiques du système de prestation de soins de santé, nous pourrions bien nous heurter à des difficultés lorsque nous voudrions intégrer nos recommandations aux préoccupations actuelles des provinces.

À mon avis, il sera essentiel à un moment donné que le Forum national sur la santé puisse intégrer ses points de vue et intérêts à ceux des provinces. À l'heure actuelle, des observateurs provinciaux participent aux activités du forum. Nous devons cependant dépasser ce stade si nous voulons faire des contributions qui pourraient aider les provinces.

[Text]

You raise the issues of physician manpower and doctors for small rural areas. They will not likely be a subjects we would deal with specifically. Currently, the national coordinating committee on post-graduate medical education, which reports to the deputy ministers, deals with subjects of the type you have mentioned. We are generally aware of their work.

I would go back to say the provinces are very heavily involved in reformatting and reforming their health care delivery systems now, today. Our views need to therefore be both complementary and long-term.

**Ms Fortier:** I'd just add that if we provide advice on the basis on which decisions ought to be made about what services are provided and who pays for them, it's the most direct kind of advice that will make a difference on health expenditures, at least if it's provided in a way that is realistic and able to be implemented. That's why it's important to keep our finger on the pulse of Canadians. If recommendations are made in that area that are completely disconnected from what Canadians want, it's going to be impossible for governments to implement them.

● 0950

**Mr. Jackson:** It is said about the feds that the way we are evolving as a country, since our resources are becoming scarce and our role primarily is to make sure the needs of Canadians are met and in fact are enhanced in those areas where maybe they don't have resources, to try to make sure that across the country things are fair, are you going to come up then? I think that's the role of the Canada Health Act, to have a template that's applicable in all areas so it's not distorted by the provinces. It could be tested as well.

**Ms Fortier:** I definitely think we're quite interested in maintaining some national principles and standards. At what level of detail remains to be seen.

**Ms Kenny:** If I can add to that, I think that's a very important question. Some of you may have noted from my accent that I am not a Canadian by birth. I'm a Canadian by adoption; I'm a Canadian by choice. I'm a physician who practises here by choice. I do that because I believe there is something about the Canadian society and its shared values as expressed in the health care system that is meaningful to me, with which I identify.

One of the perspectives, and a number of people in Canada have begun to write on this, is that we have approached changes in health and health care because of the fiscal imperative. The fiscal imperative is an important responsibility, but we need to reflect on the fact that the shape and commitment and choice of health and health care that this country makes are an expression of this country and its communal social identity.

[Translation]

Vous avez parlé du manque de médecins dans les petites communautés rurales. Il s'agit là sans doute d'une question sur laquelle nous ne nous pencherons pas précisément. À l'heure actuelle, le Comité national de coordination de la formation médicale postdoctorale, qui relève des sous-ministres, s'occupe des questions comme celles que vous avez posées. Nous sommes généralement au courant de ses travaux.

De façon générale, les provinces sont à l'heure actuelle en train de réformer leurs systèmes de prestation de soins de santé. Il faut par conséquent que notre point de vue soit à la fois complémentaire et à long terme.

**Mme Fortier:** De plus, si nous donnons des conseils qui pourraient mener à des décisions quant au genre de services à fournir et au financement de ceux-ci, si ces conseils sont fournis de façon réaliste et s'ils peuvent être appliqués, cela représentera véritablement une différence en matière de dépenses. Voilà pourquoi il est si important de suivre de très près les attitudes de la population canadienne. Si l'on présente des recommandations qui ne correspondent pas du tout aux désirs des Canadiens, les gouvernements ne pourront pas les suivre.

**M. Jackson:** On dit qu'étant donné la façon dont évolue la situation au Canada—puisque nos ressources sont de plus en plus rares—le rôle du gouvernement fédéral consiste essentiellement à s'assurer que les besoins des Canadiens sont satisfaits, notamment dans les secteurs où les ressources des Canadiens sont insuffisantes, et que notre système est juste d'un bout à l'autre du pays. Voilà, à mon sens, le rôle de la Loi canadienne sur la santé—c'est-à-dire donner un plan d'ensemble qui est exécuté dans toutes les régions du pays, de sorte que les provinces ne puissent pas déformer notre système à leur gré. On pourrait chercher à savoir dans quelle mesure cela correspond à la volonté des citoyens.

**Mme Fortier:** Je crois pouvoir affirmer que la question des principes ou des normes qui seraient appliqués au niveau national nous semble importante. Il s'agit évidemment de savoir quel degré de détail serait approprié.

**Mme Kenny:** Si vous me permettez, j'estime qu'il s'agit là d'une question très importante. Certains d'entre vous ont peut-être remarqué, en entendant mon accent, que je ne suis pas Canadienne de naissance. Je suis Canadienne parce que j'ai adopté ce pays; autrement dit, je suis Canadienne parce que j'ai choisi de l'être. J'exerce le métier de médecin ici, au Canada, parce que j'ai choisi de le faire. Et si j'ai fait ce choix, c'est parce que la société canadienne et les valeurs sur lesquelles elle est fondée, et qui se manifestent par le biais de son système de soins de santé, m'interpelle.

Un point de vue qui est souvent exprimé—et on voit de plus en plus d'articles à ce sujet—c'est que nous avons adopté une approche à l'égard de la santé et des soins de santé qui repose sur l'impératif financier. Il va sans dire que nos responsabilités financières sont d'importance primordiale, mais il faut également se dire que la nature de notre système, notre engagement vis-à-vis de lui et les choix que nous faisons dans le domaine de la santé sont une expression de notre volonté et de notre identité sociale collective.



## [Texte]

So I think one of the things this forum is attempting to look at is whether there is a way in which we can look precisely at the question of what "fair" means to Canadians as expressed in the health care system, and health care and our commitment to it, for the year 2000 and beyond. Do we still have a common understanding of "fair" and is that an essential part of the Canadian identity?

That question is harder to grapple with than a specific one of a budget, but to my mind it's the fundamental question that we need to recognize. Any choice we make about health and health care is a manifestation of value. At the level of Canadian values, it becomes an important demonstration of who we are. I think it's a very interesting and important challenge for Canadians for our future identity.

**Mme Nadeau:** Au-delà des enjeux que soulève ma collègue Nuala, sur lesquels je suis entièrement d'accord, il est très important de comprendre qu'au long cours, la privatisation du système de santé va coûter cher aux Canadiens. Quand on examine les études faites par les différents pays de l'OCDE, on constate que la longévité aux États-Unis, c'est-à-dire la moyenne d'âge à laquelle on meurt, est plus faible qu'au Canada. Elle est plus faible parce que dans les classes défavorisées, la longévité est beaucoup plus courte. On a fait les mêmes observations en Angleterre à la suite de la privatisation.

On se rend compte également que la force du Japon tient au fait qu'il s'agit un groupe relativement homogène dans lequel les écarts entre le salaire minimum et le salaire maximum sont relativement réduits. C'est-à-dire que chez Sony, ou n'importe quelle autre compagnie japonaise, l'écart de salaire entre la personne qui répond au téléphone et le directeur général est beaucoup plus étroit que chez General Motors aux États-Unis, par exemple.

On se rend compte que ce qui est déterminant dans un pays, c'est de réduire les écarts pour maintenir une masse critique de personnes en santé. On se rend compte qu'il faut repenser notre service de santé, mais à l'intérieur de l'universalité et faire une réallocation des ressources qui soit basée sur des données pour essayer d'éliminer les pratiques coûteuses et inutiles. Au long cours, cela va rapporter à tout le monde. Dans le fond, c'est la base de la moyenne.

● 0955

Plus il va y avoir une moyenne autour d'un centre, plus on va avoir une masse critique de la population qui va être instruite, productive et en santé, capable de régler des problèmes de façon imaginative et capable de s'occuper de ses enfants avec sollicitude, en les stimulant intellectuellement.

Une des choses importantes en santé mentale, c'est qu'aimer des enfants, leur donner à manger et leur parler pendant qu'ils mangent, cela les développe intellectuellement. Donc, c'est quelque chose à préserver de façon ordinaire. Quelles sont les conditions qui nous permettent d'aimer et de stimuler nos enfants? Cela veut dire avoir un travail, ne pas être pauvre, avoir un minimum d'information pour pouvoir mettre sur la table des aliments qui ont du bon sens, avoir, face à une

## [Traduction]

Donc, l'une des questions sur lesquelles le forum va devoir se pencher, c'est celle de savoir si l'on peut déterminer, du point de vue de l'ensemble des Canadiens, à quoi correspond la «justice» dans le contexte du système de soins de santé et quelle devrait être la nature de notre engagement vis-à-vis de ce système d'ici à l'an 2000 et au-delà. Il s'agit de savoir si nous avons tous la même définition de l'équité et si cette équité fait toujours partie intégrante de l'identité canadienne.

Cette question est évidemment plus difficile à cerner qu'une simple question de budget, mais, à mon sens, c'est une question fondamentale qu'il faut absolument aborder. Dans le domaine de la santé, nos choix, quels qu'ils soient, sont une manifestation de nos valeurs. Et nos valeurs canadiennes sont, à leur tour, une manifestation importante de notre identité fondamentale. Par conséquent, nous sommes confrontés à un défi fort intéressant et important en ce qui concerne notre identité future.

**Ms Nadeau:** Beyond the issues raised by my colleague Nuala, and with which I fully agree, I think it's important to understand that in the long haul, Canadians will pay dearly if our healthcare system is privatized. When one looks at the various studies carried out by a number of OECD countries, one discovers, for example, that life expectancy in the United States—in other words, the average at which a person dies—is lower than it is in Canada. The reason for that is that among underprivileged life expectancy is far lower. The same results were observed in England when the healthcare system was privatized.

We are also realizing that Japan's strength comes from the fact that Japanese society is relatively homogeneous and that there are relatively small gaps between the incomes of the lowest and highest wage earners. For example, at Sony Corporation—or indeed at any Japanese company—there is far less of a wage gap between someone answering the telephone and the executive director than you might find in a company like General Motors in the US, for example.

We are now starting to understand that one thing that can have a significant impact in the country is reducing the kinds of gaps I have referred to so as to maintain a critical mass of healthy people. We are now realizing that we have to rethink our healthcare system, but in the context of universality, and reallocate resources on the basis of current data to try and eliminate costly and useless practices. In the long term, everyone will benefit. It is basically a question of averaging out.

The more we can average things out, the more likely we are to achieve a critical mass of people who are well-educated, productive and in good health, who are capable of solving their problems imaginatively, and of nurturing their children and stimulating them intellectually.

One very important factor as far as mental health is concerned, is that by showing love to our children, by giving them the food they need and by talking to them while they eat, we are helping them to develop intellectually. So, this is a very ordinary thing that we must maintain. What kind of conditions allow us to love and stimulate our children? Well, those conditions involve having a job, not being poor, having minimum knowledge about what kind of foods are healthy to eat, having a



## [Text]

crise familiale quelconque, un réseau pour nous aider et avoir la compétence personnelle nécessaire pour résoudre les problèmes.

**Mr. Jackson:** We started with some meat and potatoes, and now we have a smorgasbord. You have to rearrange the smorgasbord so that it works. Is that basically what we're looking at?

**Ms Fortier:** Thank you.

**Mrs. Ur (Lambton—Middlesex):** Thank you for your presentation.

I will be brief; I'll just make mine in point form, okay?

Do you believe the challenge now will be for more of a proactive approach rather than a reactive approach in health care? Which way should we be extending our energies for that?

Ms Kenny alluded to "just and fair" in one of her answers. Could you expand on what you mean by that?

To Dr. Noseworthy, do you have a vision of what roles hospitals will have in the future?

I'll leave it at that, due to the timeframe.

**Ms Fortier:** I'm not sure I quite understand your first point. Could you perhaps elaborate a little bit?

**Mrs. Ur:** Okay. We've concentrated on making people better. Our choice now in society is for us to be educating more so we don't have to concentrate on making people healthy. They could have knowledge so that they don't come down with a disease. They could have education available to them so there could be a proactive, rather than a reactive, approach to health.

**Ms Fortier:** I think you're right, but I think it's a balance. I think some of the members said that hospitals are going to be needed. You can't prevent everything. Aging and chronic diseases are going to happen no matter what you do. No matter how well nurtured you are in childhood, you're going to become older sooner or later. Accidents can't all be prevented and illnesses can't be fully prevented.

We need a balance between very early strategies that help people cope with life. I think that's what you're hearing from the group. We need to, even in the presence of illness, be able to manage that and get over it as quickly as possible and get on with life. We should also have the caring system when we need it. Hopefully our advice will help rebalance all of these elements, some of which are more costly than others.

Perhaps I'll let you speak next.

**Ms Kenny:** I have an account of what I mean by "just and fair" as an individual. What I put on the table and what we're discussing is the Canadian understanding of "just and fair". When we say "fair" or "just", we assume that there's

## [Translation]

support network to help us cope when a family crisis arises and having the personal skills needed to solve our problems.

**M. Jackson:** Au départ, nous nous en tenions aux choses essentielles, alors qu'à l'heure actuelle nous offrons un peu de tout. À notre avis, il faut réorganiser et réorienter ce système qui veut tout faire, afin qu'il fonctionne mieux. C'est bien de cela qu'il s'agit?

**Mme Fortier:** Merci.

**Mme Ur (Lambton—Middlesex):** Je vous remercie de votre exposé.

Je serai très brève; je vais me contenter de vous poser des questions sous une forme plus ou moins télégraphique, si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

Pensez-vous que le défi consiste surtout à adopter une approche proactive, plutôt que réactive, en ce qui concerne la prestation des services et soins de santé? Et si tel est le cas, que devrions-nous faire pour y parvenir?

M<sup>me</sup> Kenny a parlé du fait que notre régime doit être «juste et équitable». Pourriez-vous m'expliquer un peu plus ce que vous voulez dire par là?

Et au Dr Noseworthy, j'adresse la question que voici: avez-vous une idée du rôle des hôpitaux dans l'avenir?

Je vais m'en tenir là, vu le manque de temps.

**Mme Fortier:** Je ne suis pas sûre de bien comprendre votre premier point. Pourriez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire?

**Mme Ur:** Avec plaisir. Jusqu'à présent, nous avons surtout cherché à soigner les malades. Maintenant, nous avons, en tant que société, le choix de dire que nous allons essayer de sensibiliser davantage la population afin que nous ne soyons pas obligés d'accorder la priorité aux soins. Par exemple, si les gens sont sensibilisés, ils ne vont pas nécessairement tomber malades. Il s'agirait donc de mieux renseigner la population et d'adopter ainsi une approche proactive, plutôt que réactive, dans le domaine de la santé.

**Mme Fortier:** Oui, vous avez raison; il s'agit d'établir un équilibre. Je crois que certains membres ont déjà dit que nous allons toujours avoir besoin d'hôpitaux. On ne peut évidemment prévenir toutes les maladies. Quoi qu'on fasse, nous allons être confrontés aux problèmes du vieillissement et des maladies chroniques. Même si vos parents se sont bien occupés de vous pendant votre enfance, vous allez inévitablement vieillir. Donc, il faut reconnaître qu'on ne peut pas prévenir tous les accidents ni toutes les maladies.

Il faut établir un équilibre et incorporer dans notre système des stratégies de prévention précoce qui aident les gens à régler les problèmes de la vie. Je crois que c'est surtout ce message-là que le groupe essaie de communiquer aujourd'hui. Même face à la maladie, il faut pouvoir se remettre rapidement et poursuivre sa vie normale. Mais il faut également pouvoir accéder au système de soins quand nous en avons besoin. Nous espérons que nos conseils permettront de rééquilibrer tous ces facteurs, dont certains sont plus coûteux que d'autres.

Je vous cède maintenant la parole.

**Mme Kenny:** Je peux vous expliquer ce que signifie les termes «juste et équitable» de mon point de vue personnel. Mais ce dont il s'agit ici, c'est la perception canadienne de «juste et équitable». Quand on utilise ces termes, on tient pour

## [Texte]

one meaning or understanding for that. Even in formal philosophical terms, there are many different ways to understand "fair". Yet I think we've used the term while thinking that, among Canadians as a whole group, we all mean the same thing by "fair".

Generally, we mean equal opportunity; "fair" means equal opportunity. But, in health, you realize that some of us, like myself... I have never been a patient in a hospital. I'm a paediatrician. In my hospital back in Halifax we have little five-year-olds who have spent three years of their lives in hospital. So whether equal opportunity recognizes different needs or doesn't, there are different ways of understanding fairness. Some people have an understanding of fairness or justice that is different.

## [Traduction]

acquis qu'il n'y a qu'une façon de les interpréter. Mais même en philosophie il y a toutes sortes de façons d'interpréter le terme «juste». Mais jusqu'à présent nous avons toujours employé ce terme en nous disant que pour l'ensemble des Canadiens il n'y a qu'une interprétation du mot «juste».

En règle générale, cela signifie pour nous l'égalité des chances. Mais dans le domaine de la santé il faut aussi se rendre compte que certaines personnes, comme moi, par exemple... Je n'ai jamais été hospitalisée. Je suis pédiatre. Mais à l'hôpital où je travaille, à Halifax, nous avons des enfants de cinq ans qui sont à l'hôpital depuis trois ans. Que la notion de chances égales reconnaisse des besoins différents ou non, il existe des façons différentes de comprendre l'équité. Il y a des gens qui comprennent l'équité ou la justice de façon différente.

• 1000

What I'm saying is that we need a reflection by Canadians of what we mean by "fair and just", not only in relation to me and my loved ones, but for you and your loved ones. When we come to ethical decisions and fiscal decisions, we could have a different answer depending on whether it's my loved ones or yours. I think that question is crucial to the future of the Canadian health system. What do Canadians believe is just and fair in relation to access to health and health care? That is a fundamental question.

**Dr. Noseworthy:** I think the question about the future of Canadian hospitals is fundamental too, from my perspective as a hospital president and an ICU physician. There is no question that the hospital of the past will not be the hospital of the future. There will be fewer hospitals and they will be smaller in terms of their in-patient services. The patients contained in hospitals will have a higher complexity of illness, meaning they'll either have greater severity of illness or require more complex treatments. Hospitals will begin to start consolidating at a greater rate than they have so far, through mergers of various sorts or the process of regionalization. As a result patient care services will consolidate on fewer sites, and the support services that are common to hospitals now and usually site-based will become regionally based.

The hospital of the future will be part of a network, perhaps a community-based network, rather than the centre for health care. So we will have fewer and smaller hospitals, with fewer patients and shorter stays, giving more complex care. Some people believe the hospitals of the past will be the dinosaurs of the future, that they'll be reformatted and quite different from what we know now.

**Mr. Szabo (Mississauga South):** At some point I want to talk to you again. This has been very provocative. I think it's helpful that dialogue is there. I'm sure there are many people like myself who want to be equally provocative. So I guess you have the full range of interests and concerns from Canadians.

Je veux dire que les Canadiens doivent réfléchir à ce que signifient «juste et équitable» pour comprendre ces notions non seulement par rapport à eux-mêmes et à leurs proches, mais aussi par rapport aux autres et à leurs proches. Placés devant des décisions d'ordre éthique ou financier, nous pourrions obtenir des réponses différentes suivant qu'il s'agit de nos proches ou de ceux des autres. Je pense que cette question est cruciale pour l'avenir du régime de santé au Canada. Qu'est-ce que les Canadiens entendent par juste et équitable quand il s'agit de l'accès à la santé et aux soins de santé? Voilà la question fondamentale.

**Dr. Noseworthy:** Moi aussi j'estime que les interrogations que suscite l'avenir des hôpitaux canadiens sont fondamentales, et je parle en tant que président d'un hôpital et médecin oeuvrant dans un service de soins intensifs. Il est indéniable que l'hôpital du passé ne sera pas le même dans l'avenir. Il y aura moins d'hôpitaux, et nous accueillerons un moins grand nombre d'hospitalisés. Les patients hospitalisés seront atteints de maladies plus complexes, c'est-à-dire que leur maladie sera plus grave et exigera des traitements plus complexes. Les hôpitaux vont accélérer le rythme des regroupements grâce à des fusions de toutes sortes et grâce à la régionalisation. Par conséquent, les services seront regroupés dans un moins grand nombre d'endroits et les services d'appui que se partagent actuellement les hôpitaux et qui se retrouvent d'habitude sur un campus hospitalier en particulier seront désormais régionalisés.

L'hôpital de l'avenir fera partie d'un réseau, réseau sans doute communautaire, et on s'éloignera de l'organisation centrale des soins de santé. Ainsi, nous aurons moins d'hôpitaux, et ils seront plus petits, accueillant moins de patients pour des séjours plus courts, et ces patients recevront des soins plus complexes. Certaines personnes pensent que les hôpitaux du passé deviendront les dinosaures de l'avenir et qu'ayant été repensés ils offriront un aspect très différent de celui que nous leur connaissons actuellement.

**M. Szabo (Mississauga-Sud):** Je voudrais vous en reparler plus tard. Ce que vous venez de dire incite énormément à la réflexion. Ce dialogue est à mon avis fort utile. Je suis sûr qu'il y a bien des gens, et moi le premier, qui ont envie aussi d'inciter à la réflexion. Ainsi, vous pouvez compter sur toute une gamme d'opinions exprimant les intérêts et les préoccupations des Canadiens.



## [Text]

I heard that before from my own hospital when I was on the board—that the hospital of the future is obstetrics, acute ICU and emergency and that's about it. Even obstetrics is now moving out, but anything to do with community-based care centres.

As to the average length of stay, I have some concern about that. Obviously, efficiencies can be built in and we have achieved significant reductions in ALOS over recent years. There is a threshold at which your readmission rate becomes a critical factor. There's only so far you can go.

My hospital told me that ALOS was at a point where you could not go any further without putting more risk on the medical profession. So suddenly you're balancing professional responsibility with health care. With that whole approach it may be cost-effective for the hospital to reduce the ALOS, but you are also shifting the burden of convalescence to the community and to the family. It's artificial. That convalescence care still has to be provided, but it's now being paid for by somebody else.

My question, which I hope you will deal with, is this—are we going to spend more time on preventative health care than on curative? Dr. Noseworthy gave an example of curative and treatment-type things that are expensive and don't produce results. I think the preventive angle is the most important approach. We do have an aging populace and I don't think we can change our health care system for all Canadians today.

If you're going to have a meaningful effect on health care in Canada, it has to start with the generation that is learning how to cope, how to behave, about hygiene and good health care. We have to concentrate more on children.

Ms Nadeau, your comment about the passive mentality of the socially assisted really provokes me. I would like to talk to you about that, but I can't.

## [Translation]

Quand j'étais au conseil d'administration de mon propre hôpital, j'ai entendu la même chose, à savoir que l'hôpital de l'avenir se bornerait à des services d'obstétrique, à des services de soins intensifs et urgents, point final. Même les services d'obstétrique ont tendance à quitter l'hôpital, mais tout le reste serait offert par des centres communautaires de soins de santé.

Quant à la longueur moyenne du séjour, j'ai des hésitations. Manifestement, on peut trouver des moyens plus efficaces, et on a réduit considérablement depuis quelques années la longueur moyenne du séjour. Il y a toutefois un seuil à partir duquel le taux de réadmission devient un facteur critique. Il y a des limites.

Mon hôpital me dit que la longueur moyenne du séjour correspondait au moment où toute réduction supplémentaire pouvait menacer la profession médicale. C'est ainsi que tout d'un coup on met dans la balance la responsabilité professionnelle et les soins de santé. Cette façon de procéder peut inciter l'hôpital à réduire la longueur moyenne du séjour pour des raisons de rentabilité, mais en même temps le fardeau de la convalescence incombe dès lors à la collectivité, à la famille. C'est artificiel. Il faut quand même offrir des soins de convalescence, et, dans un tel cas, c'est quelqu'un d'autre qui paie.

Ma question, et j'espère que vous pourrez y répondre, est la suivante: allons-nous consacrer plus de temps aux soins prophylactiques qu'aux soins thérapeutiques? Le Dr Noseworthy a donné un exemple de thérapie et de traitement qui coûtait cher, mais qui ne produisait pas de résultats. Je pense que la prophylaxie est l'approche la plus prometteuse. La population vieillit, et je ne pense pas que nous puissions cesser d'offrir des soins de santé à tous les Canadiens.

Pour avoir une incidence sur le régime de santé au Canada, il faut oeuvrer auprès de la génération montante, pour qu'elle sache faire face, se soigner, et qu'elle prenne de bonnes habitudes d'hygiène et de santé. Il faut donc miser sur les enfants.

Madame Nadeau, ce que vous avez dit à propos de la mentalité passive des assistés sociaux me pousse à réfléchir, et j'aimerais vous en reparler plus tard, si possible.

## • 1005

Just to get to some type of question, Dr. Mark Genuis, at the University of Calgary, is now executive director of the National Foundation for Family Research and Education. He has done a research study that basically says if you have more than 20 hours of non-parental direct care, the quality of the bonding—social, emotional, behavioural—all are negatively impacted, which directly translates into more problems—health care, social justice, criminal justice. This is not based on his own empirical research but on studies upon studies over the last 57 years.

This flies in the face—and this gets to your area about the socially assisted—of throwing money at the institutionalization of children, possibly through health care or something else like that, and of ignoring the fundamental needs of children and the value of direct parental care, as Fraser Mustard thinks, particularly in the first three years of infancy.

Voici quelques questions: le Dr Mark Genuis, de l'Université de Calgary, est actuellement le directeur général de la Fondation nationale pour l'éducation et la recherche sur la famille. Il a fait une étude qui conclut essentiellement que plus de 20 heures de soins directs administrés par quelqu'un d'autre qu'un parent ont une incidence négative sur la qualité des liens parents/enfants, sur le plan social, émotif et comportemental. Cela se traduit par une accentuation des problèmes dans le domaine de la santé, de la justice sociale et de la justice pénale. Ces conclusions ne sont pas fondées sur la propre recherche empirique de ce médecin, mais sur une quantité d'études effectuées au cours des 57 dernières années.

Cela nous ramène à ce que vous disiez à propos des assistés sociaux, et cela remet sérieusement en question l'institutionnalisation des enfants pour des soins de santé ou autre chose, car ce serait ignorer les besoins fondamentaux des enfants et la valeur des soins parentaux directs, selon la théorie de Fraser Mustard, particulièrement au cours des trois premières années de l'enfance.



## [Texte]

Those are some of the things I hope you got not necessarily today. . . but a lot to say about the starting point of your initiatives as much as the finishing point.

**Ms Fortier:** I guess the simple answer is yes, all of these things have been raised. They're part of the background thinking of all of the groups.

We could go on, but I know we're going to—

**Mr. Szabo:** We could. I'd love to talk to you some more.

**M. Patry (Pierrefonds—Dollard):** Madame Nadeau, je suis bien d'accord sur vos prémisses concernant les déterminants de la santé, surtout lorsque vous dites que le bas âge, de zéro à cinq ans, est le reflet et peut-être le miroir de ce que sera un enfant dans l'avenir. On peut alors prédire, mais peut-être pas à 100 p. 100, si cet enfant aura des difficultés plus ou moins importantes à fonctionner dans notre société.

Vous avez mis l'accent sur la santé économique et psychologique des familles comme étant des facteurs très importants. Des recherches démontrent que, plus la stimulation d'un bébé se fait en très bas âge, plus le cerveau se développe rapidement, ce qui donne de meilleures chances à l'enfant pour l'avenir.

Ayant lu un peu sur ce que votre sous-groupe de travail a l'intention de faire, j'aimerais savoir si ce sous-groupe entend étudier et identifier seulement les problèmes ou essayer aussi d'énumérer des mesures précises comme celle qu'a prise le gouvernement fédéral récemment, c'est-à-dire investir dans la nutrition des jeunes mères, le plus souvent célibataires, monoparentales, en ce qui a trait à la diminution du poids des bébés à la naissance, situation qui augmente le risque d'effets néfastes pour ces enfants à long terme. J'aimerais savoir si pour le groupe de zéro à cinq ans, qui est très important, vous avez l'intention de nous donner des conclusions précises.

**Mme Nadeau:** Non seulement avons-nous l'intention de le faire, mais c'est déjà engagé dans les faits. Nous allons rencontrer, le 14 mars, les gens qui travaillent sur la famille. De plus, on veut vraiment documenter les histoires à succès qui se passent au Canada pour avoir des exemples d'attitudes de gagnants et de maîtrise de la situation plutôt que des attitudes de perdants et de passivité. Nous allons certainement utiliser les exemples de *head start* et d'autres exemples canadiens, de même que tous ces programmes-là, y compris les travaux au long cours. Il y a des études longitudinales qui sont effectuées au Canada. Nous travaillons avec les chercheurs.

Parmi les personnes ressources qui sont nos interlocuteurs, il y a les animateurs de ces programmes, d'une part, et les chercheurs qui n'ont pas encore publié leurs données, mais qui ont des données préliminaires stables qui seront publiées dans trois ans et qui communiquent avec nous. La réponse à cette question est oui. Nous sommes surtout contents de voir que cela correspond à votre perspective.

**The Chairman:** Thank you, Marie, and members of the forum. We do very much appreciate your taking the time to come this morning. It's been very useful. As Paul said, I'm sure we'll want to talk to you again further down the road. In the

## [Traduction]

Je ne sais pas si aujourd'hui est le bon moment pour en parler, mais j'espère que vous saurez nous dire quel a été le point de départ des initiatives que vous avez prises, tout autant que leurs résultats.

**Mme Fortier:** Je vous répondrai tout simplement qu'effectivement tous ces éléments ont été soulevés. Ils font partie de la réflexion fondamentale à laquelle tous les groupes s'adonnent.

Je pourrais poursuivre, mais je sais que nous. . .

**Mme Szabo:** Nous pourrions poursuivre. J'aimerais beaucoup vous en parler davantage.

**Mr. Patry (Pierrefonds—Dollard):** Ms Nadeau, I fully agree with your premises regarding health determinants, especially when you say that infancy, between age zero and five, is the reflection, perhaps the mirror, of what a child will be in the future. At that point one can predict, even though not with a 100% accuracy, if a child will experience a certain degree of difficulties in functioning in our society.

You have emphasized the economical and psychological health of families as being very significant factors. Some studies have concluded that the earlier an infant was stimulated, the faster its brain would develop, which meant better chances for that infant in the future.

I have read what your group intends to study and I would like to know if your intention is to limit yourselves to studying and identifying problems or rather if you have as an objective to suggest specific actions such as the one that the federal government recently took by investing in young mothers nutrition, particularly single mothers. The decreasing weight of new borns leads to an increased risk of negative effects for those children in the long-term. For the zero to five-year olds, which represents a critical group, do you intend to give some specific conclusions?

**Ms Nadeau:** Not only do we intend to do it, but it has in fact already started. On March 14, we will be meeting with people working on families. Furthermore, we want to document success stories in Canada in order to be able to give models of winning attitudes and command of a situation rather than examples of losers and passive attitudes. We will certainly use the examples of "head start" and other Canadian examples, all of those programs, including long-range studies. We are doing longitudinal studies in Canada. We are working with researchers.

We engage in a dialogue with resources persons that are conducting those programs as well as with researchers who have not yet published their data but can offer us stable preliminary data that will be published within three years so there is communication between our work and theirs. The answer is yes. We are happy to see that this approach is in line with your perspective.

**Le président:** Merci, Marie, et merci aux autres membres du forum. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de venir nous parler ce matin. Nous avons trouvé cela très utile. Comme Paul l'a dit, je suis sûr que nous voudrions vous contacter de

---

[Text]

[Translation]

meantime, let me, on behalf of the committee, wish you and the members of the forum and the other members who aren't here the very best in what is, I would think, both a difficult but also a very challenging set of assignments ahead of you. We certainly wish you all the best. Thanks for coming.

nouveau plus tard. En attendant, au nom des membres du Comité, je vous souhaite à vous et aux autres membres du forum, de même qu'à ceux qui ne sont pas ici ce matin, bon courage dans vos entreprises, qui, je le suppose, seront difficiles, mais qui offrent également un défi fort intéressant. Nous vous souhaitons bonne chance. Merci d'être venus.

We'll now go in camera. We have some items of business to deal with.

Nous allons poursuivre à huis clos. Nous avons quelques questions à régler.

[Proceedings continue in camera]

[La séance se poursuit à huis clos]

---







If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

## WITNESSES

### *From the National Forum on Health:*

Dr. Tom Noseworthy, Evidence-based decision making group;

Nuala Kenny, Chairperson, Ethics and Values working group;

Louise Nadeau, Determinants of Health Group;

Marie Fortier, Executive Director.

## TÉMOINS

### *Du Forum national sur la santé:*

D<sup>r</sup> Tom Noseworthy, Groupe de travail sur le processus décisionnel basé sur la preuve certaine;

Nuala Kenny, présidente, Groupe de travail sur les éthiques et les valeurs;

Louise Nadeau, Groupe de travail sur les déterminants de la santé;

Marie Fortier, directrice générale.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Public Works and Government Services Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,  
Ottawa, Canada K1A 0S9











